



**Universidade Nova de Lisboa**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**

***Balanced Scorecard* para a Saúde Mental Infantojuvenil**  
**Proposta para a Especialidade de Pedopsiquiatria**  
**do Hospital Dona Estefânia**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção  
do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob orientação científica da  
Professora Doutora Ana Escoval

**Setembro**  
**2017**

**Orientador:** Professora Doutora Ana Escoval, Professora Associada da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Fundadora da Associação Portuguesa de Desenvolvimento Hospitalar (APDH). Investigadora fundadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).

**Coorientador:** Dr. Augusto Carreira. Responsável pela Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia, EPE. Presidente da Mesa da Assembleia Geral da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência (APPIA).

Foram utilizadas as Normas Portuguesas – NP 405-1 e NP 405-4, para a elaboração de referências bibliográficas de documentos impressos (NP 405-1) e documentos eletrónicos (NP 405-4), aprovadas pelo Instituto Português da Qualidade (1994, 2001).

Foi utilizado o programa *Mendeley*® para a gestão automática de referências bibliográficas, no entanto, as referências bibliográficas foram revistas manualmente pelo autor. *Download* da aplicação efetuado em outubro de 2016, em <http://www.mendeley.com>.

É autorizada a utilização parcial/integral desta Dissertação para fins académicos em programas coordenados pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Para efeitos de ensino e investigação por alunos e entidades externas à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) é autorizada a reprodução parcial/integral desta Dissertação, mediante requerimento por escrito do interessado.

A utilização deste trabalho de investigação por outras entidades e para outros fins, carece de autorização expressa da Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia (HDE), do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Data: 04 / 09 / 2017

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Epígrafe

---

*“Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado.”*

**Roberto Shinyashiki**

*“What you measure is what you get.”*

**Robert Kaplan e David Norton**

*The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance, 1992, p.71*

Psiquiatria "a arte de curar a alma" in

<http://www.centrodobebe.pt/portfolio/carina-mendonca-psiquiatra>

*[consultado 15 de maio, 2017]*

Ao meu Mestre

*J.T.S.M.*

*(In memoriam) †*

À avó Emília

*(In memoriam) †*

## Agradecimentos

---

Este trabalho de investigação, doravante designado de estudo, é o culminar de um desafio de dois anos de estudo na vertente académica e científica da gestão da saúde e das organizações prestadoras de cuidados de saúde. Sem o apoio permanente de amigos, orientadores, professores, colegas de trabalho e de curso não seria possível o concretizar deste estudo. Assim sendo, é de plena justiça aqui expressar o meu apreço e agradecimento a algumas individualidades bem como a instituições que tornaram este projeto exequível.

Um agradecimento muito especial aos orientadores deste estudo, à Professora Doutora Ana Escoval e ao Dr. Augusto Carreira (Responsável pela Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia), pela amizade, disponibilidade e partilha dos vossos conhecimentos comigo. Pela autonomia que me deram para traçar o meu caminho de pesquisa, o que me ajudou a crescer como pessoa, profissional e investigador. Foi para mim um privilégio.

Ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. (CHLC), em especial apreço aos membros do Conselho de Administração, pela aprovação e autorização para a realização deste estudo e ao Dr. Sérgio Pedreiras do Departamento de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão do Centro Hospitalar pela cedência de informação relevante para o mesmo.

À equipa de Coordenação da Área da Mulher, Criança e Adolescente (AMCA) do Hospital Dona Estefânia (onde se integra a Pedopsiquiatria), que muito contribuiu para o sucesso deste trabalho, pelas fantásticas e enriquecedoras reuniões de trabalho que tivemos ao longo deste processo, pelo apoio e amizade que sempre demonstraram para comigo e para com este projeto, nomeadamente ao Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira, ao Dr. Augusto Carreira, à Enf.<sup>a</sup> Palmira Silva, ao Enf. António Nabais, à Dr.<sup>a</sup> Helena Gonçalves e à Dr.<sup>a</sup> Manuela Almeida.

A todos os participantes do questionário pela disponibilidade e interesse que demonstraram pelo projeto, em especial apreço aos dois informadores-chave que muitos contribuíram para a seleção dos participantes.

À Dr.<sup>a</sup> Isabel Andrade pelas dicas imprescindíveis para a bibliografia e pesquisa de informação e à Professora Rute Ribeiro pelas orientações e sugestões no que respeita às questões metodológicas.

Uma palavra de agradecimento a todos os colegas de trabalho do Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) – Universidade de Lisboa, com especial menção à minha Coordenadora Técnica e ao Administrador do ISEG, pelo apoio dado e flexibilidade laboral para poder assistir aos seminários e às reuniões de trabalho com os responsáveis da Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia.

A todos os meus familiares e amigos.

*Obrigado por tudo!*

*A todos vós um grande bem-haja!*

## Resumo

---

**Âmbito e objetivos:** O presente estudo enquadra-se nos domínios da gestão estratégica aplicada numa instituição de saúde que presta cuidados de saúde mental infantojuvenil em contexto hospitalar. Pretende-se construir um instrumento de gestão estratégica, neste caso em particular do *Balanced Scorecard* para a Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia (projeto piloto), ajustada à tipologia de cuidados e às necessidades dos seus utentes, de modo a permitir melhorar o seu desempenho e apoiar a gestão de topo na tomada de decisão, de modo a proporcionar uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde da Especialidade.

**Método e metodologia:** Numa primeira fase, para além da revisão da literatura, foram conduzidas reuniões de trabalho com os responsáveis da Especialidade e pesquisa documental conducente à caracterização e análise da situação atual da Especialidade em estudo. Foi realizado o levantamento de informação pertinente para a aplicação do *Balanced Scorecard*, com especial enfoque para a área da infância e adolescência. A seleção de indicadores a incluir em cada uma das perspetivas do *Balanced Scorecard* teve por base o questionário elaborado para o efeito. Desta forma, foram selecionados indicadores comuns referenciados na literatura revista, para efeitos de discussão e seleção de indicadores, passíveis de integrarem um modelo de *Balanced Scorecard* para a Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

**Apresentação e discussão dos principais resultados:** Foram submetidos a discussão e seleção 43 indicadores previamente identificados pela revisão da literatura, tendo-se obtido consenso em 28, com mediana igual ou superior a 6. Dos indicadores apurados, foram selecionados os que melhor se aplicavam e que seria possível obter dados fidedignos, de forma simples e rápida.

**Conclusões:** A partir da análise SWOT da Especialidade, foram definidos os pilares base em que assenta toda a estrutura do *Balanced Scorecard* (missão, visão, objetivos, princípios e valores), identificados e selecionados os objetivos estratégicos e os indicadores conducentes à elaboração do mapa estratégico para a Especialidade. A proposta de *Balanced Scorecard* apresentada facilita a comunicação e compreensão da estratégia, dos objetivos a atingir, bem como a forma de os atingir, medir e avaliar, potenciando a melhoria do desempenho da Especialidade.

**Palavras-chave:** *Balanced Scorecard*; Gestão Estratégica; Indicadores; Psiquiatria da Infância e Adolescência.

## Abstract

---

**Background and objectives:** *This study relates to the discipline of strategic management applied to a hospital that provides mental health care for children and adolescents. The study aims to design a strategic management tool, in this particular case, a Balanced Scorecard, for the Pedopsychiatry Unit of the Hospital Dona Estefânia, in Lisbon, Portugal (pilot project), adjusted to the type of care of the Unit and the requirements of its patients, in order to improve its performance and to assist its senior management in decision-making to improve access to the health care of the Unit.*

**Method and methodology:** *During a first phase, in addition to the literature review, a series of working sessions were carried out with those responsible for managing the Unit, as well as documentary research to characterise and analyse the current situation of the Unit under study. Pertinent information was collected for application for the Balanced Scorecard, with special focus on the area of childhood and adolescence. The selection of the indicators to be included in each of the Balanced Scorecard perspectives was based the questionnaire. Common indicators that could be used for a model of a Balanced Scorecard for a Psychiatry Unit for Children and Adolescents were accordingly chosen, that were referenced in the literature review, for discussion and for the pursuit of a consensus.*

**Presentation and discussion of the main results:** *43 indicators that were previously identified from the literature review were submitted to panel for discussion and selection and the pursuit of a consensus, and consensus was obtained for 28 indicators, with a median equal to, or greater than 6. From these indicators, those were selected that were best suited and for which reliable data could be collected in a simple and fast way.*

**Conclusions:** *Based on a SWOT analysis of the Unit, the main pillars on which the whole structure of the Balanced Scorecard structure is based (mission, vision, objectives, principles, and values) were defined, and the strategic objectives and indicators leading to the preparation of the strategic map for the Unit were identified and selected. The Balanced Scorecard proposal presented facilitates the communication and understanding of the strategy and of the goals to be achieved, as well as how to obtain, measure, and evaluate them, with the objective of improving the performance of the Unit.*

**Key words:** *Balanced Scorecard; Strategic Management; Indicators; Pedopsychiatry for Children and Adolescents.*



## Índice

Epígrafe .....	IV
Agradecimentos .....	V
Resumo .....	VI
<i>Abstract</i> .....	VIII
Índice .....	VII
Índice de Tabelas .....	XI
Índice de Figuras .....	XII
Acrónimos e Siglas .....	XII
<b>INTRODUÇÃO</b>	
1. Importância do tema .....	1
2. Estrutura do trabalho .....	5
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1. A Nova Gestão Pública (<i>New Public Management</i>)</b> .....	<b>7</b>
1.1. Conceito e enquadramento .....	7
1.2 O Serviço Público de Saúde .....	9
<b>2. A Gestão Estratégica e o <i>Balanced Scorecard</i></b> .....	<b>13</b>
2.1. Estratégia: conceitos e sua importância nas organizações .....	13
2.2. O <i>Balanced Scorecard</i> como Metodologia de Gestão Estratégica .....	14
2.3. O <i>Balanced Scorecard</i> como Ferramenta de Gestão Estratégica .....	17
2.4. Metodologias para implementação da Estratégia .....	18
<b>3. <i>Balanced Scorecard</i></b> .....	<b>21</b>
3.1. Enquadramento e contextualização .....	21
3.2. Conceito e filosofia do <i>Balanced Scorecard</i> .....	22
3.3. Os pilares do <i>Balanced Scorecard</i> .....	23
3.3.1. A Missão .....	24
3.3.2. Os Valores .....	25
3.3.3. A Visão .....	26
3.4. Perspetivas do <i>Balanced Scorecard</i> .....	26
3.4.1. Perspetiva Financeira .....	28
3.4.2. Perspetiva de Clientes .....	29
3.4.3. Perspetiva dos Processos Internos .....	30
3.4.4. Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento .....	31
3.5. Indicadores do <i>Balanced Scorecard</i> .....	33
3.6. Mapas Estratégicos e a Relação de Causa-Efeito .....	37
3.7. Metas e Iniciativas .....	38
3.8. Análise crítica ao <i>Balanced Scorecard</i> .....	39
<b>4. O <i>Balanced Scorecard</i> no Setor Público</b> .....	<b>41</b>
4.1 Adaptação aos Serviço Público .....	41
4.2. Vantagens e desafios do <i>Balanced Scorecard</i> no Setor Público .....	42
4.3. <i>Balanced Scorecard</i> aplicado às instituições de saúde .....	44
4.3.1 Casos internacionais .....	44

4.3.1.1. Hospital Pediátrico - <i>Duke Children's Hospital</i> .....	45
4.3.1.2. Hospital Universitário de <i>Montefiore</i> (EUA).....	46
4.3.2. Caso Português.....	47
4.3.3 O <i>Balanced Scorecard</i> nos cuidados de Saúde Mental.....	48
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>53</b>
<b>5. Fundamentação .....</b>	<b>53</b>
<b>6. Questões de Investigação e Objetivos do Estudo .....</b>	<b>59</b>
6.1. Objeto de estudo .....	59
6.2. Questões de Investigação .....	59
6.3. Objetivos do Estudo .....	60
6.3.1. Objetivos gerais.....	60
6.3.2. Objetivos específicos.....	61
<b>7. Metodologia de Investigação .....</b>	<b>63</b>
7.1. Desenho de estudo .....	63
7.2. Seleção dos Participantes.....	64
7.2.1. Critérios de inclusão dos participantes.....	65
7.3. Estratégia de pesquisa e seleção de fontes de informação.....	65
7.4. Técnicas de recolha e análise de dados .....	66
7.4.1 Método da Investigação Colaborativa .....	67
7.4.2. Inquérito por Questionário.....	68
7.4.2.1. Aspetos gerais.....	68
7.4.2.2. Participantes do Questionário .....	69
7.4.2.3. Critério de inclusão dos participantes.....	70
7.4.2.4. Estrutura do Questionário.....	71
7.4.2.5. Procedimentos da aplicação do Questionário.....	72
<b>8. Ética na Investigação .....</b>	<b>73</b>
8.1. Princípios éticos na investigação .....	73
8.1.1. Questões e implicações éticas do estudo .....	74
<b>9. Caracterização da Especialidade de Pedopsiquiatria.....</b>	<b>77</b>
9.1. O Hospital Dona Estefânia, EPE.....	77
9.2. O serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia.....	77
<b>10. Apresentação dos Resultados .....</b>	<b>81</b>
10.1. Resultados gerais das reuniões de trabalho .....	81
10.2. Resultados do Questionário .....	82
10.2.1. Caracterização dos participantes .....	82
10.2.2. Dimensão 1: A importância do BSC como SGE.....	93
10.2.3. Dimensão 2: Seleção de Indicadores de Desempenho .....	87
<b>11. Discussão dos Resultados.....</b>	<b>91</b>
11.1. Considerações sobre os Resultados.....	91
<b>12. Considerações finais .....</b>	<b>97</b>
12.1. Conclusões.....	97
12.2. Limitações ao presente estudo.....	99
12.3. Recomendações para estudos futuros.....	100
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>103</b>

## Índice de Tabelas

---

Tabela 1: Instrumentos para Implementação da Estratégia

Tabela 2: Número de indicadores e peso relativo por perspetiva do *Balanced Scorecard*

Tabela 3: Características dos indicadores

Tabela 4: Indicadores não financeiros e financeiros mais utilizados pelas Instituições Hospitalares Portuguesas

Tabela 5: Vantagens e Desvantagens do *Balanced Scorecard*

Tabela 6: Caso 1: *Early Intervention and lesson from Harvard Business Review*

Tabela 7: Caso 2: *Balancing the balanced scorecard for a New Zealand Mental Health Service*

Tabela 8: Caso 3: *Adapting the Balanced Scorecard for Mental Health and Addictions*

Tabela 9: Caso 4: *Balanced Scorecard in a Mental Health Trust Case Study*

Tabela 10: Respostas ao questionário nos dois períodos (inicial e extraordinário)

Tabela 11: Áreas de diferenciação técnica e respetivas unidades de acolhimento – Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

Tabela 12: Localização das unidades de acolhimento em função da unidade de acolhimento

Tabela 13: Idade em anos dos participantes do Questionário

Tabela 14: Habilitações Literárias dos participantes do Questionário

Tabela 15: Carreira profissional exercida pelos participantes do Questionário

Tabela 16: Cargos desempenhados pelos participantes do Questionário

Tabela 17: Zona geográfica dos participantes do Questionário

Tabela 18: Conhecimento dos participantes sobre o *Balanced Scorecard*

Tabela 19: Resultados Síntese: Medidas de tendência central (questão 8)

Tabela 20: Nível de consenso registado para as perspetivas do *Balanced Scorecard*

Tabela 21: Resultados Síntese: Medidas de tendência central (questão 10)

Tabela 22: Grau de consenso obtido em cada um dos indicadores propostos

## Índice de Figuras

---

Figura 1: Sequência lógica da gestão do desempenho

Figura 2: Os quatros processos de gestão estratégica do *Balanced Scorecard* para gerir a Estratégia

Figura 3: Os pilares do *Balanced Scorecard*

Figura 4: A sequência lógica da construção do *Balanced Scorecard*

Figura 5: Estrutura do *Balanced Scorecard* de Kaplan e Norton.

Figura 6: Tradução da visão e estratégia: 4 perspetivas

Figura 7: BSC - Interdependência das 4 perspetivas

Figura 8: Área de Influência da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

## Acrónimos e Siglas

---

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

AMCA - Área da Mulher, Criança e Adolescente

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BSC - *Balanced Scorecard*

CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

E.P.E. - Entidade Público Empresarial

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

HDE - Hospital Dona Estefânia

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde (2012-2016)

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

RRHPIA - Rede de Referência Hospitalar para a especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

RRHPSM - Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental

SNS - Serviço Nacional de Saúde

WHO - *World Health Organization*

# INTRODUÇÃO

---

*“Uma longa viagem começa com um único passo.”*

**Lao-Tsé**

## 1. Importância do tema

A saúde é um bem fundamental e uma necessidade básica de todo o ser humano, todos temos a capacidade de agir e tomar decisões livremente, pelo que a saúde pertence a cada um de nós e temos a possibilidade de tomar decisões que consideramos importantes e necessárias para o nosso bem-estar. Contudo, e considerando que na ausência de saúde, ou seja, quando estamos na presença de doença ou condições que delimitam a funcionalidade e capacidade de sobrevivência de um indivíduo, e por forma a ultrapassar essa situação, é um princípio fundamental e aceite na sociedade que se tenha a possibilidade de aceder aos cuidados de saúde independentemente da capacidade financeira ou contributiva do utente. Este princípio está consagrado na Constituição da República Portuguesa no disposto da alínea a), número 3 do artigo 64º (Canotilho e Moreira, 2005).

Sendo a saúde um setor com bastante impacto na sociedade, tem sido crescente a abordagem deste setor por diversas áreas do conhecimento, em diversas perspetivas numa base multidisciplinar tentando estabelecer relações que permitam dar respostas a paradigmas científicos, comportamentais e sociais que vão surgindo ao longo dos tempos. Os sistemas de saúde enquanto pilares basilares da proteção social em caso de doença (característica da condição humana), pretendem responder às necessidades de saúde da população, no entanto, os sistemas de saúde são influenciados pelo contexto em que estão inseridos, sejam eles, políticos, sociais, económico-financeiros, provocando neles constantes transformações e desafios.

As organizações que prestam cuidados de saúde, nomeadamente os hospitais, são organizações complexas no seu sistema produtivo e organizativo (Costa, 2005; Urbano e Bentes, 1990), sendo constantemente influenciadas por desafios e mudanças que tendem a interferir na sua organização.

As grandes transformações que o setor da saúde em Portugal tem assistido nas últimas décadas e o panorama económico-financeiro atual requerem a utilização de instrumentos de gestão estratégica capazes de auxiliar as organizações a avaliar o seu desempenho, independentemente da sua natureza jurídica (organizações privadas, públicas ou de cariz social). O conceito de *New Public Management*, que emergiu nos anos 80 tinha como um dos principais objetivos aplicar procedimentos da gestão privada nas organizações do setor público. No setor da saúde, a transformação dos hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPE), foi o reflexo dessa mudança de paradigma. O grande objetivo político ao transformar os hospitais públicos em Entidades Públicas Empresariais (EPE), foi o de tornar o sistema mais eficiente com a aplicação de novos modelos de gestão.

O relatório da OMS, de novembro de 2010, para além de evidenciar os elevados custos verificados nos sistemas de saúde, veio reforçar a necessidade da criação e implementação de mecanismos de gestão que possam dar resposta aos atuais desafios no setor da saúde (WHO,2010).

O *Balanced Scorecard* (doravante designado por BSC) como instrumento de gestão estratégica e avaliação do desempenho organizacional é um exemplo perfeitamente enquadrável no conceito de *New Public Management*. Sendo um instrumento que originalmente foi desenvolvido para clarificar a visão e estratégia global de uma organização do setor privado, a literatura demonstra que o BSC tem sido desenvolvido e aplicado em organizações de cariz público, nomeadamente no setor da saúde, com resultados positivos (Inandar e Kaplan, 2002; Pinto, 2009; Niven, 2003, 2006; Chen e Ho, 2000; Chen, 2006; Gurd e Gao, 2008; Santiago, 1999; Kaplan e Norton, 1996a, 1996b, 2001; Meliones, 2000; Forgione, 1997; Zelman, W.; Pink, G.; Matthias, C., 2003; Pink, et.al., 2001; Rodgers e Keynes, 2011).

O BSC desenvolvido por Kaplan e Norton no início da década de 90, e inicialmente idealizado como um instrumento de medição e avaliação do desempenho organizacional, evoluiu ao longo dos anos, sendo reconhecido atualmente como um poderoso instrumento de gestão estratégica, permitindo assim efetuar o controlo de gestão e avaliação da eficiência, efetividade e qualidade das organizações em geral bem como a avaliação do desempenho organizacional. Atualmente as organizações são levadas a otimizar os seus processos, minimizar os custos e aumentar a sua produção, sob pena de perderem orçamento e benefícios financeiros. São notórios os problemas de gestão que muitos hospitais públicos têm enfrentado, desde logo, os consecutivos cortes orçamentais no setor da saúde, a complexidade das organizações de saúde

(hospitais), a contínua redução dos recursos humanos e financeiros ao dispor das organizações e a crescente pressão política sobre os órgãos de gestão para alcançarem determinados objetivos e resultados. A par destes fatores que condicionam a gestão em saúde, emerge uma nova questão relacionada com a pressão que os utentes têm feito ao Sistema Nacional de Saúde, que se prende com a qualidade dos serviços prestados.

Se queremos melhorar o desempenho do sistema de saúde, rentabilizando a utilização dos recursos disponíveis (financeiros, técnicos e humanos) por forma a promover um processo de melhoria contínua, teremos de redefinir estratégias e aplicar instrumentos que nos ajudem a otimizar os recursos e olhar para a organização como um todo. É sem dúvida uma realidade que o BSC nasceu da necessidade sentida pelas organizações em implementar com sucesso as estratégias definidas e, a sua metodologia assenta no princípio de que as organizações terão melhores resultados e sucesso se conseguirem investir e gerir eficazmente os seus recursos técnicos e humanos, e aplicarem os conhecimentos adquiridos ao longo do tempo “*What you measure is what you get*” (Kaplan e Norton, 1992). O professor Forgione, um dos principais apoiantes do uso do BSC nas organizações de saúde, acredita que a informação que é gerada por este instrumento de gestão estratégica proporciona resultados em saúde mais eficientes e serviços com melhor qualidade (Forgione, 1997).

No entanto, existe a necessidade de compreender os contextos em que as organizações estão inseridas quando se pretendem aplicar processos de natureza privada em organizações de cariz público que têm como missão principal prestar assistência ao indivíduo em situação de carência ou incapacidade de suprir uma necessidade básica ao invés da obtenção do lucro.

Quando falamos em saúde temos inevitavelmente de falar em saúde mental como uma componente essencial para a qualidade de vida de um indivíduo. Considerando que os transtornos mentais afetam todas as pessoas e em todas as idades, homens e mulheres, pobres e ricos, independentemente da zona geográfica onde habitam, e que, como acontece com outras patologias, os transtornos mentais provocam uma perda de qualidade de vida do indivíduo bem como dos seus familiares mais próximos, o presente estudo incidirá na área da saúde mental integrada nos domínios das Neurociências e da Pediatria.

A literatura nacional e internacional, bem como vários estudos epidemiológicos realizados na área da saúde mental consideram que nas sociedades atuais as perturbações mentais são a principal causa de incapacidade e morbilidade (Portugal Saúde Mental em Números 2014 - Programa Nacional para a Saúde Mental – Direção-Geral da Saúde). Tendo em linha de conta os dados disponíveis, de onde se salientam os resultados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental e a publicação “Portugal: Doenças Mentais em Números”, as perturbações psiquiátricas afetam cerca de 22% dos habitantes, o que se traduz, aproximadamente, em 2.200.000 indivíduos (Almeida, et al., 2013; Portugal Saúde Mental em Números - Programa Nacional para a Saúde Mental – Direção-Geral da Saúde, 2014, 2015).

No panorama nacional, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, concretizado no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, considera as perturbações mentais e os problemas de saúde mental uma prioridade nas políticas de saúde e apresenta estratégias para a problemática da saúde mental.

Dados recentes das estimativas de carga de doença em Portugal, medida em anos de vida ajustados à incapacidade (DALY), que medem os anos de vida saudáveis perdidos devido a doença, colocam as perturbações mentais e do comportamento em segundo lugar nas doenças que mais contribuem para a carga de doença (11,75%), seguido das doenças oncológicas (10,38%). As doenças cérebro-cardiovasculares contribuem com a carga mais expressiva para a carga global das doenças (13,74%). No que respeita aos anos vividos com incapacidade (YLD), evidenciando a carga de morbilidade, que traduzem a carga de morbilidade quantificada através dos anos perdidos por incapacidade, as perturbações mentais e do comportamento estão no topo da tabela (20,55%), representando valor significativamente superior quando comparado com as doenças respiratórias (5,06%) e a diabetes (4,07%) (Proposta de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental, 2015). No que se refere à questão da saúde mental das crianças e adolescentes, em Portugal e no mundo os dados epidemiológicos também não são animadores, como poderemos constatar mais adiante no estudo empírico, no ponto dedicado à fundamentação e objetivos deste estudo.

O presente estudo pretende ser uma contribuição para o conhecimento sobre o funcionamento do BSC em instituições públicas de prestação de cuidados de saúde (hospitais) e da sua aplicabilidade nas áreas da saúde mental para as faixas etárias mais jovens, promovendo dessa forma informação de gestão fiável e validada para a gestão de topo, de modo a permitir uma tomada de decisão mais consciente. Um melhor



conhecimento do BSC, das suas vantagens e da sua importância na definição da estratégia de uma organização pública de saúde poderá contribuir para um melhor desempenho da instituição, para uma definição adequada dos modelos de gestão e políticas públicas de saúde, nomeadamente no que se refere às políticas de saúde mental, com o objetivo de promover a saúde mental infantojuvenil e melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde.

## **2. Estrutura do trabalho**

De modo a proporcionar uma leitura mais fluida e o encadeamento dos conceitos inerentes ao presente estudo, o mesmo encontra-se dividido em duas partes, sendo que, a primeira parte do estudo é dedicada à revisão da literatura alusiva à metodologia do BSC, dando particular destaque ao seu enquadramento no conceito do *New Public Management* e da sua aplicabilidade ao setor da saúde, a segunda parte do estudo centra-se no estudo empírico que culminará com a apresentação de uma proposta de aplicação do BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia, apresentado no Anexo I a este estudo.

A organização do estudo respeita uma lógica sequencial, fazendo um encadeamento dos conceitos (enquadramento teórico), dos objetivos e fundamentação do estudo, a metodologia utilizada, os principais resultados alcançados, a discussão dos resultados e as principais conclusões do estudo.

Nos Anexos e Apêndices (parte integrante deste estudo) é apresentada uma proposta de BSC (solução proposta) para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, bem como a ficha individual para cada indicador. Fazem parte dos apêndices o pedido de autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração do CHLC, EPE. e o questionário de seleção de indicadores a incluir no *Balanced Scorecard* para a Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.



## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

*“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente,  
mas o que melhor se adapta às mudanças”.*

**Leon C. Megginson**

### 1. A Nova Gestão Pública (*New Public Management*)

#### 1.1. Conceito e enquadramento

Nas últimas décadas vários países, incluindo Portugal, têm tido como prioridade a reforma dos seus sistemas públicos e administrativos, com vista a melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo Estado e Administração Pública, proporcionando o aumento do bem-estar e qualidade de vida dos seus cidadãos. O conceito de *New Public Management* que emergiu nos anos 80 tinha como um dos principais objetivos aplicar procedimentos da gestão privada nas organizações do setor público. Este conceito tem vindo a ser adotado ao longo dos últimos anos em diversos países, ainda que em ritmos temporais diferentes, mas tendo como objetivo a modernização dos serviços do Estado e da Administração Pública.

Em Portugal quando falamos da reforma administrativa do Estado, ela é bem mais anterior ao conceito de *New Public Management*, de acordo com Araújo (2004), Portugal assistiu logo após o 25 de abril de 1974, a algumas tentativas de reformas, mas sem grande êxito, devido à forte resistência à mudança para a implementação das reformas.

De acordo com Neves (2002), nos finais dos anos 70 a reforma da Administração Pública deu os seus primeiros passos, tendo aparecido movimentos reformistas com o objetivo de tornar a Administração Pública mais eficiente, centrada no cidadão e na melhoria da prestação de serviços. Até então, o modelo tradicional de gestão dos serviços da Administração Pública era um modelo inadequado e não se ajustava às necessidades e fins das organizações públicas pelo que, na sequência dos referidos movimentos, surge um novo modelo de gestão das organizações da Administração Pública, de forma a permitir dar informação objetiva e com elevado grau de fiabilidade, capaz de apoiar a tomada de decisão, permitindo obter ganhos, reduzindo os custos e melhorando a prestação de serviços.

Hood (1995), refere como características básicas do novo modelo de gestão pública a aplicação de princípios de gestão privada nas organizações públicas reduzindo assim as diferenças entre o setor público e privado e, tendo como foco principal a responsabilidade baseada nos resultados e não sobre os processos. Para Gomes (2006), estes princípios importados do setor privado são considerados essenciais para o sucesso de qualquer organização. Expressões como desburocratização, proximidade ao cidadão, autonomia, descentralização dos serviços, racionalização de recursos, qualidade dos serviços, entre outros, tornaram-se habituais e são conhecidas como um marco nesta viragem de paradigma na gestão pública (Estorninho e Macieirinha, 2014; Hood, 1995).

No entanto, este conceito de *New Public Management* implica uma maior responsabilidade por parte dos gestores públicos e no reforço do conceito de *accountability* (prestação de contas).

Segundo Rego (2008), este novo paradigma nas organizações públicas implica a implementação de modelos de avaliação centrados nos resultados, assim como a imposição de controlo de custos e a introdução de instrumentos de gestão e planeamento estratégico. De acordo com Hood (1995), as entidades públicas não devem imitar as organizações privadas, mas sim adaptarem os princípios de gestão privada aos seus processos e tomada de decisão. Este processo de reforma para um novo modelo de gestão aplicado às organizações públicas, apresenta, como em qualquer outra reforma, inconvenientes, pelo que, é sempre necessário a adaptação do modelo ao contexto do setor público (Gomes, 2006; Schachter, 2014).

Para Martins e Carvalho (2012) a mudança de cultura organizacional, das práticas e hábitos enraizados nas organizações, podem ser um entrave à implementação de reformas, sendo que o contexto político assume também um papel preponderante. Araújo (2004) entende que existe uma forte resistência à mudança, levando a que as reformas desenhadas não surtam efeito, continuando a gestão a ser feita com base na estrutura hierárquica, centralizada, com falta de transparência e responsabilidade.

A Nova Gestão Pública (*New Public Management*), é assim, um conceito que emergiu com o propósito de responder às necessidades e preocupações do cidadão, cujos princípios se regem pela prestação de serviços de qualidade e transparência, de modo a criar valor para o cidadão.

## 1.2. O Serviço Público de Saúde

No que se refere ao setor da saúde, também ele tem sido alvo nos últimos anos de diversas reformas e programas de reestruturação ao nível dos sistemas públicos de saúde, refletindo a profunda reestruturação que o Estado e a Administração Pública têm vindo a sofrer.

Na saúde, as reformas preconizadas nas últimas décadas têm levado à reestruturação orgânica e estrutural das organizações prestadoras de cuidados de saúde, sendo a reforma mais evidente a implementação de novos modelos de gestão nos serviços, na tentativa de melhorar indicadores de eficiência, efetividade e qualidade. O desempenho dos serviços passa a ser uma área que ganha relevância no sentido em que operam prestadores públicos, privados e do setor social na prestação de cuidados de saúde e que a fiscalização e regulação em saúde são questões centrais para o bom funcionamento do sistema.

No entanto, quando nos referimos à Nova Gestão Pública, no que respeita ao setor da saúde, encontramos convergências face à ideologia e filosofia do *New Public Management*, nomeadamente quando verificamos os modelos de gestão utilizados por alguns hospitais. É um facto que grande parte dos Hospitais e Centros Hospitalares já adotam práticas de gestão privada nos seus modelos de gestão, embora persistam algumas práticas assentes em modelos anteriores, muito burocráticos que dificultam o processo e adaptação a esta nova filosofia.

A criação de hospitais sociedades anónimas (S.A.) e os hospitais transformados em empresas do Setor Empresarial do Estado (EPE), são o reflexo desta nova gestão e a adoção de processos flexíveis, dotados de maior autonomia, conciliando métodos de gestão tradicionais com novos modelos de gestão usados no setor privado. As unidades de saúde foram gradualmente introduzindo na sua prática instrumentos e ferramentas de gestão que permitem ver a organização e a gestão com outros olhos. A elaboração de planos estratégicos, planos de ação e a avaliação do desempenho das instituições de saúde são bons exemplos desta mudança de paradigma nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. A utilização do *Tableau de Bord* (instrumentos de monitorização do desempenho), é um exemplo da prática comum nos Hospitais EPE.

Estorninho e Macieirinha (2014) fazendo referência à evolução dos sistemas de saúde ao longo da história atestam a constante falência dos sistemas públicos de saúde nos modelos tradicionais como os conhecemos “o típico modelo de Estado Providência já

*fora há muito ultrapassado, o caso de privatizações e abertura à concorrência, o processo de liberalização do setor são exemplos dessa falência.”*

A organização e estrutura dos serviços de saúde a par dos sistemas de saúde também sofreram ao longo dos tempos influências de vária natureza, religiosa, política, económica e social, próprias de cada época. Muitas destas reestruturações emergem como resposta ao surgimento de novas doenças e às necessidades sentidas pelas organizações em suprir as necessidades dos utentes. Conhecer a evolução do Sistema de Saúde Português e os principais fatores que têm influenciado o seu desenvolvimento, permite melhor explicar a sua evolução, configuração atual e identificar potenciais oportunidades bem como os obstáculos para a sua transformação.

Para Estorninho e Macieirinha (2014) a reforma dos sistemas de saúde reflete as profundas alterações que o Estado e a Administração Pública têm vindo a efetuar ao longo dos últimos anos, a desburocratização, a aproximação ao cidadão, as reformas orgânicas e estruturais dos novos modelos de gestão dos serviços públicos, a busca de padrões de qualidade, eficiência, efetividade e economia, tem levado a que o sistema de saúde sofra transformações e esteja em constante mudança. Segundo estes autores as reformas dos sistemas de saúde colocam novos desafios de ordem ética, social, médica, económica, política e jurídica e suscitam algumas questões, como por exemplo, a “*noção funcional*” de serviço público, o desempenho das entidades públicas e privadas, os direitos e deveres dos utentes dos serviços públicos e o seu impacto e implicações na estrutura orgânica e funcional da Administração Pública e sobre a saúde, o regime de vínculo laboral nas entidades públicas e privadas de prestação de cuidados de saúde, os mecanismos de controlo e fiscalização das entidades (públicas e privadas), bem como os regimes jurídicos de responsabilidade civil, criminal e disciplinar.

Portugal inserido num espaço económico e social integrado no contexto europeu identifica-se com um conjunto de objetivos comuns a todos os Estados Membros em relação às políticas de saúde, à equidade, à eficiência técnica e à eficiência económica (Campos e Simões, 2011). Face a estes objetivos, os governos vêem-se confrontados com a necessidade de desenvolver políticas com o propósito da contenção de gastos.

Por outro lado, os sistemas de saúde têm como objetivo mais saúde, melhor resposta em serviços de saúde e maior justiça na contribuição financeira (OPSS, 2001). Para tal, é necessário que o sistema seja sustentável e que vá de encontro às necessidades e expectativas dos utentes, devendo para tal existir um conjunto de recursos (económicos, financeiros, humanos, capacidade instalada, apoio político e institucional) suficientes

para a sustentabilidade do sistema. No entanto, a questão da sustentabilidade do serviço público de saúde Português tem levantado algumas divergências entre partidos políticos, meio académico e na sociedade em geral. O Relatório de Primavera de 2009 (OPSS, 2009), enumera alguns fatores que implicam a necessidade de proceder a mudanças no setor da saúde com consequências na cobertura, universalidade e sustentabilidade económico-financeira do sistema de saúde, nomeadamente, as alterações demográficas e epidemiológicas, as expectativas dos cidadãos face ao sistema de saúde, a procura de melhores resultados de eficiência, efetividade e qualidade dos serviços bem como a introdução de novas tecnologias (equipamentos e sistemas de informação).





## 2. A Gestão Estratégia e o *Balanced Scorecard*

---

*“Quando certa ação não fornece resultados positivos,  
simplesmente mudamos as estratégias”.*

**Raquel Neves**

### 2.1. Estratégia: conceitos e sua importância nas organizações

A gestão estratégica tem-se distinguido e diferenciado das outras disciplinas da ciência da gestão, pelo seu objetivo próprio de ver a organização como um todo, centrando o seu estudo na relação das organizações com o seu meio envolvente, numa perspetiva de longo prazo. A palavra estratégia deriva do grego *strategos* que significa o chefe ou líder do exército (o general), que, aplicada ao pensamento estratégico deve ser entendida como a *“arte do general”* (Santos, 2008, p.111). Neste sentido, o desafio que se coloca ao general é o de formular planos estratégicos de ação de modo a alcançar a vitória. Quando aplicado o conceito de estratégia às organizações e tendo por analogia a arte militar, o conceito de estratégia empresarial é vista como um processo de formulação de um plano que reúna de forma integrada, os objetivos, políticas e ações que permitam a uma organização criar uma vantagem competitiva sustentada em relação às demais organizações (Freire citado por Santos, 2008).

No entanto, e de acordo com Carvalho e Filipe (2014) a vida das organizações é condicionada pelo meio envolvente em que estas estão inseridas, pelo que, as mudanças que vão ocorrendo ao longo dos tempos produzem ideias, práticas e os seus próprios instrumentos de gestão, fazendo com que o pensamento estratégico seja visto como um processo em constante mudança.

Para Russo e Martins (2004) até à década de 90, o pensamento estratégico e a estratégia desenvolveram-se em torno da noção de posicionamento estratégico, assente em dois princípios fundamentais:

- a) para assegurar a sobrevivência das organizações é necessário que a mesma se adapte ao meio envolvente;
- b) para que uma organização tenha sucesso é necessário construir uma vantagem competitiva e defendê-la.

Esta corrente de pensamento centrava-se em dois conceitos, a análise SWOT e a vantagem competitiva (Santos, 2008; Russo e Martins, 2004). Estes dois conceitos remontam aos anos de 1950 e 1980, tendo como principais impulsionadores Peter

Drucker (1954), Pearce e Robison (1991) e Michael Porter (1980). De acordo com Santos (2008), dada a crescente preocupação sentida pelas organizações em integrar as diversas atividades das empresas, Peter Drucker foi o primeiro autor a levantar a problemática da estratégia, tendo formulado duas questões essenciais para responder à questão “*em que negócios nós estamos?*”, sendo elas “*qual o nosso negócio?*” e “*qual poderia ser o nosso negócio?*”. Para Drucker estas questões respondiam a um dos princípios essenciais para a estratégia, a tomada de decisão a longo prazo e a essência para a qual uma organização existe.

O modelo SWOT desenvolvido principalmente pela Escola de *Harvard* e o modelo de Michael Porter (versando a temática da vantagem competitiva e a cadeia de valor, na segmentação e no modelo das 5 forças competitivas), foram os grandes instrumentos utilizados para a formulação da estratégia e que impulsionaram o pensamento estratégico até finais dos anos 80 (Porter, 1996).

A partir do início da década de 90 surgiram novos instrumentos e escolas do pensamento estratégico, a Lean Organizations, o recurso a *Outsourcing*, a Reengenharia de Processos, Benchmarking, Learning Organizations, a Gestão da Qualidade Total, Six Sigma®, EFQM - Excellence Model, Tableau de Bord (TdB) e o Balanced Scorecard (BSC) são alguns exemplos de instrumentos que permitem a aplicação, comunicação e implementação da estratégia, levando a que, as organizações independentemente da sua natureza jurídica, reflitam a estratégia e pensem estrategicamente sobre a tomada de decisão.

Muitas vezes, os problemas que ocorrem nas organizações não resultam diretamente da definição de uma má estratégia, mas sim, de uma má execução, seja por deficiente comunicação ou dificuldades em transmitir as ideias a um nível operacional, ou por práticas e comportamento errados que levam a um fracasso da estratégia.

## **2.2.O *Balanced Scorecard* como Metodologia de Gestão Estratégica**

Muitas têm sido as definições apresentadas por diversos autores alusivas ao conceito de gestão estratégica. Mintzberg em 1994 definiu o conceito de gestão estratégica como “*um processo dinâmico, sistemático e cíclico de análise, escolha e implementação*” (Santos, 2008). Tal como o conceito de estratégia, a gestão estratégica está também sujeita a mudanças dinâmicas do meio envolvente, tendo surgido ao longo das últimas décadas diversas definições para o conceito. Também as organizações são confrontadas em determinados períodos da sua vida com mudanças resultantes da evolução do meio envolvente em que estas se estabelecem.

Santos (2008) apresenta algumas propostas que têm sido desenvolvidas para dar resposta a estas mudanças previsíveis na vida das organizações, sendo elas, apostar no desenvolvimento do conhecimento e das competências dos recursos humanos, capacidade de aprendizagem e participação organizacional e o desenvolvimento do pensamento estratégico de modo a criar modelos de gestão que se adaptem aos novos paradigmas.

Também a avaliação do desempenho organizacional tem merecido grande interesse por parte dos gestores e da comunidade académica. Muitas vezes conhecida por gestão da *performance*, a avaliação do desempenho das organizações pretende medir os resultados obtidos pelas organizações utilizando para isso diversas metodologias e instrumentos que fazem já parte dos sistemas de informação de grande parte das organizações. Para Pinto (2009) o princípio base para a avaliação do desempenho nas organizações consiste na criação de processos que permitam criar e tomar decisões baseadas em resultados credíveis e viáveis. A partir da década de 80 tem sido grande o enfoque dado à questão da medição da *performance* das organizações, especialmente nos serviços públicos, decorrentes do processo de mudança e melhoria no âmbito do *New Public Management*.

Assim, a ferramenta BSC, surge inicialmente como um instrumento de avaliação do desempenho, passando mais tarde a ser utilizado como um instrumento de gestão estratégica nas organizações (Kaplan e Norton, 1996a, 1996b, 2001). Os sistemas tradicionais de avaliação do desempenho (ex. contabilidade analítica; elementos económico-financeiros de carácter previsional; o foco no curto prazo), não são suficientes ou não permitem compreender, prever e controlar as determinantes do sucesso organizacional (Gomes, 2006). O segredo do sucesso, de acordo com Gomes (2006), poderá estar na valorização dos ativos intangíveis, de natureza qualitativa (ex. qualidade dos serviços, nível de satisfação, eficiência do nível do desempenho das atividades e processos, competência e motivação dos recursos humanos, capacidade de inovação, flexibilidade de adaptação e resposta às mudanças do meio envolvente).

O BSC torna-se assim, por excelência, num mecanismo para implementação da estratégia (Kaplan e Norton, 1996a, 1996b, 1997), colocando a estratégia e a visão no centro das atenções dos gestores, assumindo-se como um Sistema de Gestão Estratégico que se inicia quando os gestores de topo em estrita ligação com os gestores intermédios e operacionais procedem à tradução da estratégia em objetivos estratégicos concretos. Não se pode falar de BSC sem falar de estratégia, constituindo assim o ponto central do modelo. Salientam-se um conjunto de benefícios que derivam da estratégia

como sejam o estímulo ao pensamento estratégico e da ação, a melhoria do processo de tomada de decisão e, por conseguinte, da avaliação do desempenho.

A ligação entre a prática e a estratégia faz do BSC um instrumento que permite obter uma avaliação contínua das ações e do seu contributo para a realização dos objetivos estratégicos. O BSC constitui um instrumento de melhoria e aprendizagem contínua, permitindo aos responsáveis avaliarem as suas ações e o seu impacto nos objetivos estratégicos (Jordan; Neves e Rodrigues, 2007, p.260).

Converging a estratégia, a gestão estratégica e a gestão do desempenho para os serviços públicos, a medição do desempenho dos serviços deverá ser realizada tendo por base os resultados e não na avaliação, evitando deste modo ser interpretada com uma conotação negativa, de punição (Calhau, 2009). Este processo de medição, de apuramento de resultados adquire uma relevância acrescida no seio das organizações uma vez que permite dar um reporte transparente, credível e viável aos decisores. Segundo Pinto (2009), a gestão e avaliação do desempenho é vista, ou pode ser vista, como um passo intermédio numa sequência lógica que se inicia com um sistema de medição, reporte e que culmina em ações de melhoria.

A Figura 1 representa a sequência lógica da gestão do desempenho descrita por Pinto (2009, p.29).



**Figura 1** – Sequência lógica da gestão do desempenho

**Fonte:** Adaptado de Pinto (2009, p.29)

Dada a grande importância que se tem dado à gestão do desempenho das organizações e à medição dos seus resultados, muito se tem investido nos últimos anos em sistemas e instrumentos que visem melhorar essa medição e ajudar as organizações privadas, públicas e sem fins lucrativos a atingirem o sucesso e a excelência. No entanto em Portugal, a avaliação dos serviços públicos ainda está numa fase muito inicial “embrionária”, em comparação com outros países desenvolvidos. No entanto, para Pinto (2009), tem-se assistido nos últimos anos a uma evidente vontade de mudança por parte dos decisores políticos e da sociedade em geral.

### 2.3.O *Balanced Scorecard* como Ferramenta de Gestão Estratégica

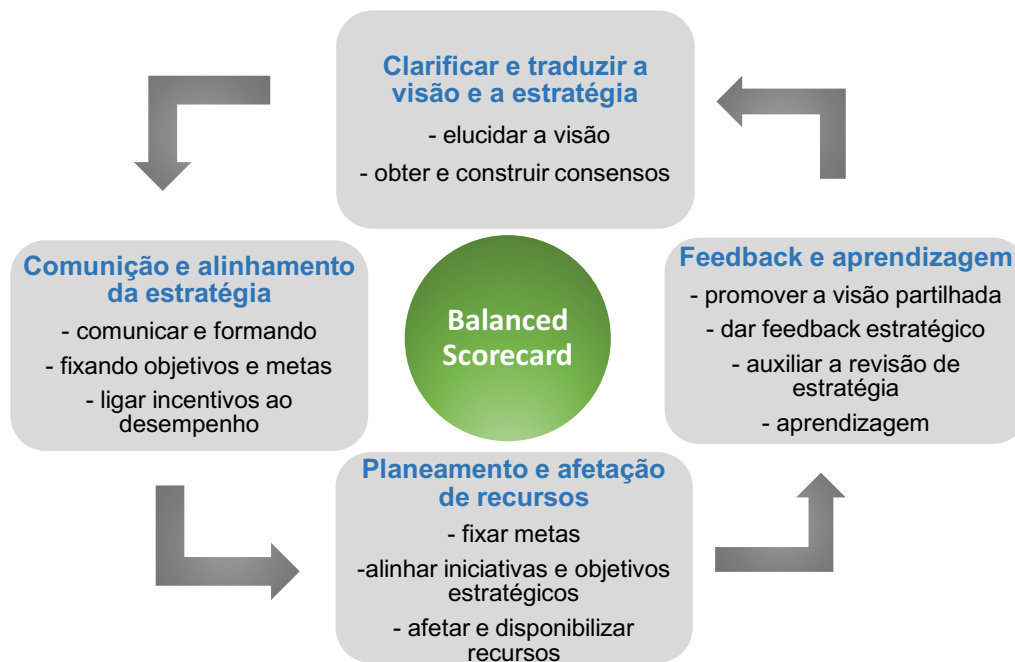
Em 1996, com a publicação do primeiro livro de Kaplan e Norton, intitulado “*The Balanced Scorecard - Translating Startegy into Action*” o BSC passou a ser considerado como um sistema para gerir a estratégia, comunicando-a, alinhando-a com os objetivos das organizações e clarificando o seu sentido, permitindo desde logo anular a lacuna entre a formulação da estratégia e a sua implementação (Kaplan e Norton, 1996b, 2001, 2006).

Os conceitos de visão e estratégia passaram a ocupar uma posição de destaque nos novos modelos de apresentação do BSC, sendo cruciais para uma correta interligação entre as diversas perspetivas que compõem o BSC ajudando a transformar a estratégia em objetivos estratégicos (Kaplan e Norton, 1996b; Pinto, 2009). A inserção de novos conceitos (objetivos, métricas, metas e iniciativas) 4 anos após o primeiro artigo sobre o BSC permitiu a criação de mapas estratégicos que materializavam a interligação entre as quatro perspetivas do BSC e a estratégia organizacional. Deste modo, não se pode falar em BSC sem nos referirmos à estratégia, sendo que, a estratégia passa a ser uma questão central de todo o modelo e metodologia do BSC, estimulando assim o pensamento orientado para a estratégia, ação e processo de tomada de decisão.

Jordan; Neves e Rodrigues (2007) fazendo referência à estratégia e à sua associação ao BSC, definem-no como um instrumento que permite uma aprendizagem contínua e que possibilita aos gestores monitorizarem a ação e obterem *feedback* das suas decisões e os impactos destas nos objetivos estratégicos propostos.

A visão integrada de novos conceitos na filosofia do BSC transformaram-no num sistema para gerir a estratégia, sendo apoiado por quatro processos que permitem gerir a estratégia, processos esses que são descritos por Kaplan e Norton (1996a) no artigo intitulado “*Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*”, sendo eles **a clarificação e tradução da visão e estratégia, comunicação e alinhamento estratégico, planeamento e afetação de recursos e feedback e aprendizagem.**

Na Figura 2 é apresentada a interligação do BSC com os 4 processos de gestão estratégica.



**Figura 2** – BSC: os quatro processos de gestão estratégica do BSC para gerir a Estratégia

**Fonte:** Adaptado de Kaplan e Norton (1996a) e Pinto (2009, p.74).

A implementação do BSC como um sistema de gestão estratégica deve apoiar-se nos quatro processos acima referidos e ilustrados na Figura 2. Estes quatro processos, permitem ligar os objetivos estratégicos com as medidas e iniciativas a adotar, sendo que estas devem combinar os objetivos estratégico de longo prazo com as ações de curto prazo, numa lógica de funcionamento que proporciona a compatibilização da formulação da estratégia com a sua implementação (Kaplan e Norton, 1996a; Butler, Letza e Neale, 1997; Norreklit, 2000; Jordan; Neves e Rodrigues, 2007; Pinto, 2009).

## 2.4. Metodologias para implementação da Estratégia

Existe atualmente um vasto conjunto de instrumentos referenciados na literatura internacional que auxiliam a implementação da estratégia e respondem às necessidades sentidas pelas diversas organizações, sendo que, o modelo a adotar por cada organização irá depender da sua natureza bem como da relação entre os *inputs* (existentes) e os *outputs* (pretendidos).

Estes instrumentos são atualmente utilizados por organizações privadas bem como por organizações públicas de modo a clarificar a estratégia da organização, auxiliar a sua implementação, acompanhar a organização a longo prazo, permitindo a avaliação do desempenho organizacional.

Quando aplicados aos serviços públicos, nomeadamente à avaliação do desempenho das organizações de saúde, ex. hospitais, estes instrumentos assumem uma importância acrescida uma vez que, segundo Campos e Simões (2011), a avaliação dos serviços da Administração Pública constitui uma *“exigência decorrente da responsabilização pela utilização de fundos estatais destinados a responder a necessidades públicas.”*

Não obstante o extenso número de instrumentos existentes, destacam-se na Tabela 1 alguns que, pelo êxito alcançado, são hoje frequentemente utilizados:

Instrumento	Origem	Aplicação	Descrição/Resultados	Limitações	Fonte
<b>Six Sigma®</b>	Bill Smith, da Motorola, finais anos 80	Melhoramento de processos, utilizando modelos matemáticos, usado em empresas privadas, mas também no setor da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uma organização que adote o <i>Six Sigma®</i> tem como objetivo alcançar 3 a 4 imperfeições por cada milhão de oportunidades;</li> <li>- Proporcionar um serviço/produto perfeito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Método complexo;</li> <li>- Processo de mudança complexo;</li> <li>- Ferramenta dispendiosa.</li> </ul>	<p>Galloway, et al., (1994)</p> <p>Bush <i>et al.</i>, (2007)</p>
<b>Total Quality Management (TQM)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema estruturado concebido para modificar a cultura organizacional nas organizações privadas e públicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfação dos clientes, fornecedores e funcionários;</li> <li>- Integração da melhoria contínua;</li> <li>- Incentivo à melhoria;</li> <li>- Diminuição de custos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessita o envolvimento de todos os profissionais no processo de gestão;</li> <li>- Em ambiente hospitalar é difícil reunir informação de todos os colaboradores antes da tomada de decisão</li> </ul>	<p>Cruz; Geada e Silva, (2012)</p> <p>Schwartz (2005)</p> <p>Galloway, et al., (1994)</p>
<b>EFQM - Excellence Model</b>	Organização europeia, sede em Bruxelas fundada em 1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente pensado para as grandes indústrias privadas.</li> <li>- Instrumento aplicado ao setor da saúde</li> </ul>	<p>Modelo composto por vários critérios classificados (meios e resultados)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de pontuação (50% para os “meios” e 50% para os “resultados”)</li> <li>- Classificação de critérios variam de acordo a importância dada a cada critério.</li> <li>- Elevada taxa de sucesso na saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não abrange todos os aspetos possíveis numa organização.</li> <li>- Não cobre todas as áreas relevantes dos cuidados de saúde</li> </ul>	<p>Moeller (2001)</p> <p>Cruz; Geada e Silva, (2012)</p>

<b>Tableau de Bord (TdB)</b>	Lançado em 1932 em França	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumento construído para a indústria aeronáutica;</li> <li>- Com aplicação em organizações privadas e públicas (incluído setor da saúde)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupações ligadas à coerência entre os objetivos estratégicos e as ações a tomar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primazia das questões financeiras em detrimento de outras de caráter intangível;</li> <li>- Focado no curto prazo.</li> </ul>	<p>Bourguignon; Malleret e Norreklit, (2004)</p> <p>Jordan; Neves e Rodrigues, (2007)</p>
<b>Balanced Scorecard</b>	EUA, início anos 90	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente concebido para empresas privadas;</li> <li>- Rapidamente se estendeu a organizações de caráter público e sem fins lucrativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizada para fins de medição, gestão estratégica e comunicação;</li> <li>- 4 perspetivas: financeira, clientes, processos internos e de aprendizagem e crescimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processo de mudança que exige colaboração de toda a organização;</li> <li>- No setor público, os ciclos políticos podem ser um entrave à sua aplicação.</li> </ul>	<p>Kaplan e Norton, (1992, 1993, 1996a,1996b)</p> <p>Caldeira (2010)</p> <p>Pinto (2009)</p> <p>Niven (2003)</p>

**Tabela 1** - Instrumentos para Implementação da Estratégia

**Fonte:** Elaboração própria com base na literatura indicada

Considerando todos os instrumentos de gestão e avaliação do desempenho abordados, o BSC é provavelmente o mais utilizado na área da saúde (Klassen et al., 2010).

Este instrumento partilha alguns conceitos e funcionalidades de outros instrumentos já referidos, nomeadamente, o foco na organização como um todo, a definição de objetivos e melhoria de processos internos. O BSC é um instrumento que permite a medição de resultados e a gestão e comunicação da estratégia. Embora, inicialmente concebido, tal como o modelo de excelência EFQM, para as organizações privadas, rapidamente foram detetadas as suas enormes potencialidades no setor público e organizações sem fins lucrativos. Este é um modelo que prima pela simplicidade, visando a melhoria do desempenho das organizações. Tendo em conta as considerações negativas apontadas às ferramentas de gestão *SixSigma®* e modelo de excelência EFQM, e, atendendo à análise crítica ao BSC efetuada no ponto 3.8, havendo um forte suporte/referencial ao nível do BSC e atendendo aos consideráveis casos de sucesso (não nacionais) da sua aplicabilidade no setor da saúde, foi este o instrumento escolhido para ser aplicado à Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia.



### 3. *Balanced Scorecard*

---

*“What you measure is what you get”*

*in “The Balanced Scorecard - Measures*

*That Drive Performance” Harvard Business Review*

**Kaplan e Norton, 1992**

#### 3.1. Enquadramento e contextualização

Segundo Silva (2010) a complexidade em gerir as organizações nos dias de hoje tem exigido aos gestores a capacidade de se adaptarem e procederem à monitorização do desempenho em diversas áreas e perspetivas em simultâneo. É um fato indiscutível que o sucesso de uma organização depende, não só da capacidade de gerir estrategicamente os recursos financeiros, materiais e humanos, mas também da utilização de instrumentos capazes de avaliar e medir o desempenho organizacional. A avaliação do desempenho organizacional como um processo intrínseco à gestão tem constituído uma preocupação não apenas para os gestores, mas também, para a comunidade académica e científica.

Os sistemas tradicionais de gestão, até aos anos 70, eram baseados exclusivamente por indicadores de natureza económico-financeira, cuja avaliação do desempenho era efetuada tendo por base as demonstrações financeiras, assentes no princípio do *Financial Reporting*, apresentando limitações na medida em que apenas se baseava em indicadores financeiros e na perspetiva histórica (Bourguignon; Malleret e Norreklit, 2004; Jordan; Neves e Rodrigues, 2007, Kaplan e Norton, 1992, 1996a, 2001a). Segundo estes autores para avaliar o desempenho de uma organização deve-se ter em conta fatores intangíveis tais como, a qualidade dos serviços e produtos, a satisfação e fidelização dos clientes, a capacidade de resposta atempada e a eficiência dos processos internos e a motivação dos colaboradores, apontando como uma das críticas aos sistemas tradicionais de avaliação da *performance*, o uso baseado exclusivamente em indicadores financeiros.

A necessidade de incluir fatores intangíveis, para além dos fatores tangíveis (de âmbito económico-financeiro) permite ver a organização como um todo, permitindo um maior foco nos processos e nos resultados não comprometendo assim a visão estratégica da organização. Silva (2010), refere que esta nova visão veio suprimir uma deficiência dos

sistemas tradicionais de gestão, permitindo uma ligação entre a estratégia de longo prazo e as ações de curto prazo.

### 3.2. Conceito e filosofia do *Balanced Scorecard*

Robert Kaplan e David Norton, confrontados com a falta de informação que os gestores detinham para a tomada de decisão, numa cultura organizacional fortemente condicionada por questões económico-financeiras e mergulhadas num ambiente altamente competitivo, procuraram construir um modelo que pudesse incorporar diversas perspetivas que compõem uma organização. O modelo desenvolvido por Kaplan e Norton, o BSC, fornecia informação de gestão, financeira e não financeira, essencial para um bom desempenho e gestão organizacional.

Segundo Chavan (2009) esta metodologia de medição e gestão de desempenho desenvolvida e apresentada por Kaplan e Norton, revestia um carácter inovador em relação aos métodos de mensuração até então utilizados, que apenas tinham em consideração indicadores financeiros. Este instrumento de gestão fornecia uma visão global e integrada da organização, permitindo aos gestores uma avaliação mais completa e rigorosa das suas organizações tendo presente a perspetiva financeira (que já existia nos modelos tradicionais de gestão) e com a inclusão de três novas perspetivas não financeiras – Clientes, Processos Internos, Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional, com o objetivo de proporcionar uma gestão mais eficaz. As quatro perspetivas definidas por Kaplan e Norton (1992) encontram-se relacionadas entre si, através de relações de causa-efeito. Para além de Kaplan e Norton, muitos autores tem vindo a estudar o BSC e a sua aplicação em organizações privadas, públicas e sem fins lucrativos.

Silva (2010), refere que o tema do BSC continua a ter bastante interesse, como atesta a diversidade e periodicidade de publicações versando esta temática por parte de entidades de grande reputação a nível académico como é o caso da *Harvard Business School*. Um pouco por todo o mundo muitas organizações e diversos setores de atividade já implementaram sistemas de BSC nos seus modelos de gestão. Cruz; Geada e Silva (2012) apresentam diversos *case studies* de implementação do BSC em diversos setores de atividade, tais como o caso da banca, setor farmacêutico, indústria do design industrial e informática. Muitos outros setores e organizações adotaram este

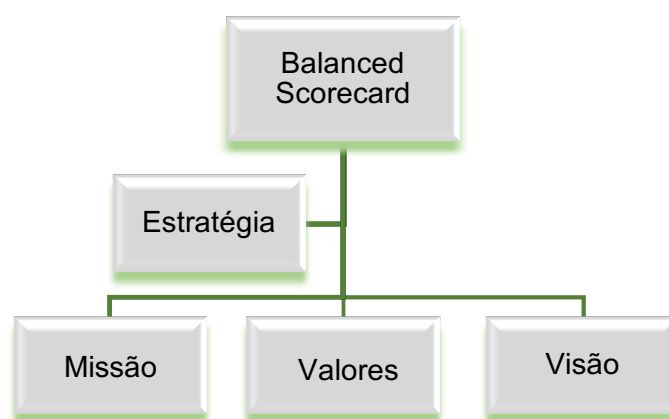
instrumento de gestão estratégica como a Coca-Cola (EUA), Siemens (Alemanha), IBM (EUA), *Philips Electronics* (Holanda).<sup>1</sup>

### 3.3. Os pilares do *Balanced Scorecard*

Todos os instrumentos de avaliação do desempenho organizacional no seu processo de construção e posterior implementação assentam em determinados pressupostos que irão ser o suporte e a base de toda a estrutura. O BSC como instrumento de avaliação do desempenho e gestão estratégica não é exceção.

Kaplan e Norton (1993, 1996a, 1996b), definiram como pilares essenciais de toda a estrutura do BSC a missão, os valores e a visão. A estratégia surge nesta sequência assumindo-se como a concretização da visão e a questão central do BSC.

A Figura 3 ilustra os pilares em que assenta o BSC.



**Figura 3** – Os pilares do *Balanced Scorecard*

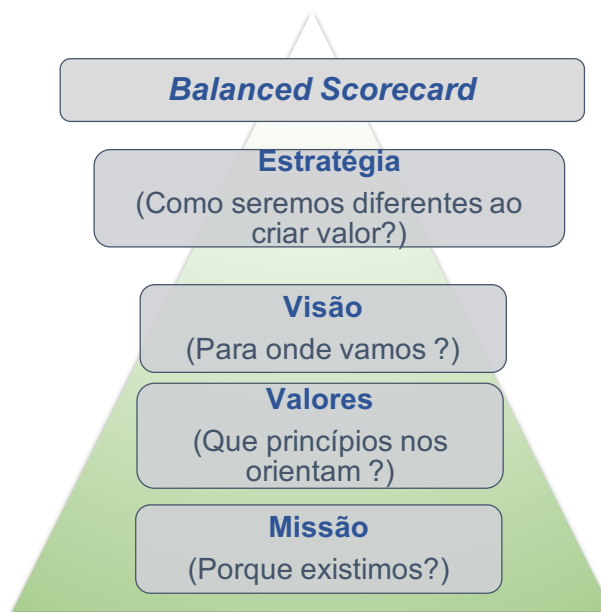
**Fonte:** Adaptado de Pinto (2009).

Estes três pilares propostos por Kaplan e Norton, retomam conceitos da gestão estratégica e são o ponto de partida para a implementação do BSC, sendo um momento em que qualquer organização deve refletir sobre eles (Pinto, 2009). A declaração da missão é o ponto de partida para o desenvolvimento do BSC e deverá estar suportada num conjunto de valores que guiam a organização, seguindo-se a definição da visão que irá determinar as prioridades necessárias à sua concretização, através da formulação da estratégia.

---

<sup>1</sup> Podem ser consultadas no site [www.balancedscorecard.org/adopters/](http://www.balancedscorecard.org/adopters/) mais organizações que adotaram este instrumento de gestão estratégica.

A Figura 4 ilustra a sequência lógica da construção do BSC.



**Figura 4** – A sequência lógica da construção do *Balanced Scorecard*

**Fonte:** Adaptado de Kaplan e Norton (2000); Pinto (2009).

### 3.3.1. A Missão

A definição da missão é hoje em dia um elemento essencial em qualquer organização e um elemento fundamental para a execução da estratégia. Para Pinto (2009, p.56), a missão “é a razão de ser de uma organização”, define o propósito para a qual a organização foi criada. Martins (2014) considera que a missão não é mais do que a razão de ser da organização, tendo como propósito explicar porque é que a organização existe e qual o seu papel na sociedade. A missão reveste-se assim de carácter intemporal em busca de um progresso a longo prazo.

Pinto (2009) refere que uma missão claramente definida orienta a organização e as pessoas no seu quotidiano, sendo que para o autor a definição de missão é eficaz se ela reunir um conjunto de características, nomeadamente, ser concisa e orientada para as metas a atingir, possuir uma elevada componente emocional, traduzir as ações da organização, definir o objetivo da organização (respondendo à questão: porque e para quê existimos) e ser capaz de envolver todos os *stakeholders*<sup>2</sup> da organização.

---

<sup>2</sup> Os *stakeholders* são “atores chave” que compõem um sistema e que o vão modificando, interagindo entre si, influenciando e partilhando o controlo sobre iniciativas de desenvolvimento, influenciando decisões e recursos (Escoval, 2003).

No entanto a definição da missão, adquire uma maior relevância quando falamos em organizações do setor público ou das organizações cujo objetivo não é a obtenção do lucro. Nas organizações privadas, a missão não sendo uma questão central, ela está sempre implícita, nas organizações do setor público e social a missão adquire um enfoque extremamente importante, já que este tipo de organizações está totalmente orientado para a missão.

Niven (2003), entende que a missão nas organizações do setor público é vista como um pilar do sistema de gestão do desempenho e pode ser considerado uma quinta perspectiva, a juntar às perspectivas enunciadas por Kaplan e Norton, na qual, todos os objetivos, indicadores, metas, e iniciativas contidos nas quatro perspectivas de Kaplan e Norton deverão convergir para a quinta perspectiva enunciada por Niven.

### 3.3.2. Os Valores

Os valores são para Kaplan e Norton (1996a) o segundo pilar do BSC, da qual devem estar relacionados com a missão da organização. Segundo Pinto (2009, p.58), os valores são princípios essenciais na vida de uma organização e deverão refletir uma prática diária de todos os colaboradores. Valores enunciados por Pinto (2009), como o respeito, integridade, responsabilidade e comunicação são princípios essenciais a qualquer organização dando um sentido lógico e de continuidade à missão da organização, devendo existir uma estreita ligação com os outros pilares essenciais na construção do BSC. Para Carvalho e Filipe (2014), os valores são um conjunto de princípios e sentimentos que fazem parte integrante da cultura e da prática organizacional. Os valores em regra assumem um carácter intemporal no seio de uma organização, podendo permanecer inalteráveis durante anos, procurando definir as crenças e valores que a organização defende e acredita no âmbito de questões sociais, económicas, éticas.

No entanto é reconhecido que na prática quotidiana das organizações, estes valores assumidos pela organização podem ser de certa forma camuflados e estarem em contradição com a prática organizacional podendo daí derivar impactos negativos tanto nos *stakeholders* como para a opinião pública em geral (Pinto, 2009). A gestão de topo assume neste caso um papel importante na divulgação dos valores assumidos pela organização.

### 3.3.3. A Visão

A visão procura responder a uma questão muitas vezes levantada pelas organizações “*Para onde vamos?*”. Pinto (2009, p. 60), define a visão como “*um sonho que nunca pode abandonar os membros de uma organização*”, constituindo, assim, outro conceito fundamental para a construção do BSC e o terceiro pilar da estrutura do BSC.

A visão é a capacidade de uma organização, tendo em conta os recursos que dispõe, ter a convicção que é capaz de atingir a médio/longo prazo os seus objetivos estratégicos. A visão deverá ser ambiciosa e orientada não só para o curto prazo como também a médio/prazo, é a capacidade de olhar o futuro. Segundo Nair citado por Pinto (2009, p.60), a visão é “*um sonho ou imagem do futuro, que nos atrai para esse futuro*”. Deste modo a visão tem de estar sempre presente nos membros de uma organização sendo um marco importante para qualquer tomada de decisão estratégica que venha a ser tomada.

Quando observamos a descrição da visão organizacional de grandes empresas internacionais, verificamos que apesar de serem frases simples, não deixam de ser mensagens com grande impacto e ambiciosas a médio/longo prazo. Um exemplo bem conhecido e que reflete esta ideia de visão organizacional é o da Kodak, uma empresa do ramo da imagem digital, fotografia, equipamentos e serviços que tem como *slogan* “Ser o líder mundial em imagem”.

É a partir da definição da missão e da visão que a gestão de topo inicia o seu processo de construção e implementação da estratégia. A visão será o ponto de partida para a definição das prioridades e a base para a construção de programas e mapas estratégicos que irão orientar a organização e levá-la a um futuro com sucesso.

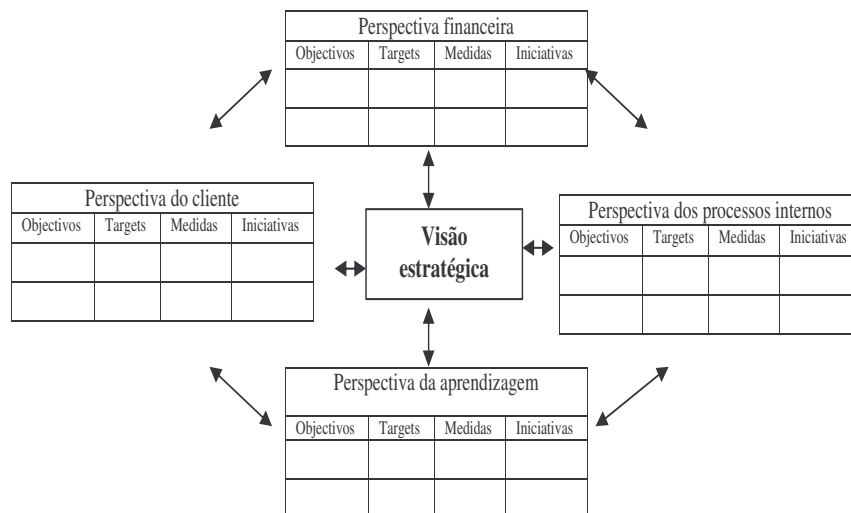
Para que a visão possa ser adaptada em termos operacionais, terá de ser convertida em perspetivas, objetivos e indicadores.

### 3.4. Perspetivas do *Balanced Scorecard*

As quatro perspetivas (financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento) propostas por Kaplan e Norton (1992, 1996a, 1996b), aparecem no modelo de BSC ligadas entre si através de relações de causa-efeito. Para cada perspetiva, definem-se os objetivos a atingir e os indicadores chave de desempenho, que terão de funcionar de forma integrada e balanceada, proporcionando um equilíbrio entre as metas de curto prazo (operacional) e a visão de longo prazo (estratégia), entre

indicadores financeiros e indicadores baseados em valores intangíveis. O BSC permite definir iniciativas de curto prazo tendo em vista atingir os objetivos estratégicos conduzindo à criação de valor (Kaplan e Norton, 1996b).

A Figura 5 representa a estrutura do BSC de Kaplan e Norton.



**Figura 5** – Estrutura do BSC de Kaplan e Norton.

**Fonte:** Adaptado de Gomes (2006) e Kaplan e Norton (1992,1996b)

Para cada perspectiva do BSC é necessário definir os objetivos, indicadores de desempenho, metas e medidas a utilizar para avaliar o desempenho organizacional e medir a concretização dos objetivos inicialmente definidos. A Figura 6 representa a filosofia do BSC, onde todas as perspectivas se interligam entre si balanceadas com a visão e estratégia da organização.



**Figura 6** – Tradução da visão e estratégia: 4 perspectivas  
**Fonte:** Adaptado de Kaplan e Norton (1996b)

Esta representação do BSC, é o modelo original desenvolvido por Kaplan e Norton, idealizado para empresas do setor privado, onde a perspetiva financeira se evidencia no topo do modelo, representando o fim para a qual as empresas são criadas (criação de valor para os acionistas) pelo que as outras perspetivas são consideradas um meio para atingir o objetivo principal (sucesso e criação de valor). Os objetivos estratégicos da perspetiva de clientes estão alinhados com a perspetiva financeira de modo a proporcionar um bom desempenho organizacional com a intenção de maximizar a criação de valor para os acionistas, sendo que a perspetiva de clientes é prosseguida da perspetiva de aprendizagem e crescimento, no intuito de promover a melhoria técnica dos processos, maximização da eficiência e o aumento da qualidade dos serviços prestados. Por fim a perspetiva dos processos internos. Um bom desempenho nesta perspetiva é o resultado do desempenho da perspetiva de aprendizagem e crescimento.

#### 3.4.1. Perspetiva Financeira

Esta perspetiva tem sido a dimensão mais utilizada para avaliar os resultados do desempenho organizacional, sendo a forma mais tradicional de avaliação dos resultados. Utilizada em diversos instrumentos de avaliação do desempenho organizacional, baseia-se apenas na análise de Demonstrações Financeiras e relatórios financeiros numa base histórica. É uma perspetiva fortemente ligada aos interesses dos



acionistas, sendo essencialmente dominada por indicadores de natureza económico-financeira. Sendo o objetivo de uma empresa conseguir uma boa rentabilidade dos seus capitais próprios e a rentabilidade do capital investido, os indicadores e rácios económico-financeiros, a análise da solvabilidade, liquidez e da estrutura do endividamento, são aspetos importantes quando nos referimos a esta perspetiva. Esta perspetiva tem em conta a satisfação dos acionistas e a distribuição de dividendos.

No BSC os indicadores financeiros continuam a ter uma grande importância, especialmente quando nos referimos a organizações de cariz público ou fins sem lucrativos, na medida em que os recursos humanos, materiais e financeiros são essenciais para um bom funcionamento das organizações.

Para Kaplan e Norton (2001) a criação de valor para as empresas e para os seus acionistas depende dos resultados financeiros que ela pode gerar, através do aumento das vendas, produção, prestação de serviços, conquista de novos mercados e segmentos de mercado, atração de novos clientes, produtividade. Atendo à fase do ciclo de vida da empresa apontado por Kaplan e Norton (1996b) - crescimento, maturidade e declínio, as medidas utilizadas nesta perspetiva, devem ser diferenciadas, seja tendo em conta o estágio em que a organização se encontra, seja atendendo aos objetivos financeiros que pretende alcançar (Kaplan e Norton, 1996b, 2001; Caudeli; António e Vicente, 2000; Jordan; Neves e Rodrigues, 2007). Segundo Pinto (2009, p.41), numa organização privada quando analisamos a perspetiva financeira são colocados objetivos estratégicos e indicadores que permitem responder à questão *“como devemos ser vistos pelos nossos investidores?”*, sendo que os objetivos do lucro, produtividade e rentabilidade ganham maior importância e dessa forma a perspetiva financeira aparece no topo do BSC.

Quando nos referimos a organizações públicas ou organizações privadas e sociais sem fins lucrativos, essencialmente orientados para a sua missão, a perspetiva financeira passa a adquirir outra relevância no BSC. Para Ribeiro (2008, p.65), nas organizações de saúde, esta perspetiva está intrinsecamente ligada à questão da efetividade da utilização dos recursos pelos serviços e da sua utilização eficaz e eficiente, procurando a otimização dos seus resultados com os recursos que dispõe.

### **3.4.2. Perspetiva de Clientes**

Esta perspetiva permite que uma organização estabeleça os seus objetivos em relação aos seus clientes, avaliando assim a sua satisfação, fidelidade, retenção. Para uma

organização ter bons resultados, necessita de saber quem é o seu público alvo, quais as suas necessidades e expectativas, sendo possível com esta perspetiva utilizando indicadores chave, avaliar a satisfação, a fidelização e a retenção, a capacidade de captação (quota de mercado), e a rentabilidade dos clientes (Kaplan e Norton, 1996b; Lipe e Saltério, 2000; Norreklit, 2000). Kaplan e Norton (1996b) consideram ainda como fatores determinantes para a satisfação dos clientes, mas não únicos, o prazo de entrega, a qualidade do produto/serviço prestado e o preço. No caso de organizações sem fins lucrativos e orientadas para o cliente, a missão e visão estratégica são definidas com uma total focalização no serviço ao cliente (Kaplan e Norton, 2001; Niven, 2003), tornando-se esta perspetiva uma prioridade da gestão de topo.

Segundo Pinto (2009, p.41), no contexto organizacional esta perspetiva pretende identificar os objetivos e indicadores que permitam responder à questão *“como devemos ser vistos pelos nossos clientes?”*, no pressuposto que uma organização deve criar valor para o cliente, seja uma organização pública ou privada. Quando aplicado às organizações de saúde a prioridades desta perspetiva é responder a problemática da avaliação das necessidades, satisfação e expectativas dos utentes (Ribeiro, 2008, p.65).

### **3.4.3. Perspetiva dos Processos Internos**

Esta perspetiva irá permitir às organizações compreenderem quais as áreas em que se devem focar, permitindo-lhes crescer enquanto organização, valorizar os seus recursos, criar valor para o cliente/acionistas e melhorar os seus processos internos, otimizando dessa forma os seus recursos. A perspetiva dos processos internos tem como finalidade a excelência dos seus processos de modo a que estes conduzam à satisfação dos grupos de interesses. Deste modo, é crucial para as organizações identificarem os seus processos críticos responsáveis pela criação de valor de modo a melhorá-los.

Segundo Kaplan e Norton (1996b), o BSC prevê e contempla toda esta cadeia de criação de valor, onde se incluem procedimentos, processos de inovação, processos operacionais internos, cultura e processos organizacionais, identificação das necessidades correntes e futuras dos clientes, passando pelas operações de produção e distribuição de produtos e serviços, até ao serviço de pós-venda. A qualidade dos serviços, a otimização de atividades geradores de valor para clientes e a eliminação das atividades que não geram valor e que produzem custos deverão ser eliminados de acordo com Kaplan e Norton (1996b).

Segundo Pinto (2009, p.43), no contexto organizacional esta perspectiva pretende identificar os objetivos e indicadores que permitam responder à questão “em que processos teremos de ser excelentes?”, no pressuposto que uma organização procura a excelência dos seus processos, pelo que o BSC será sempre um instrumento útil para suprir falhas nos métodos e processo cruciais que envolvam a organização e a estratégia desta. Segundo Ribeiro (2008, p.65), esta perspectiva quando aplicado a organizações de saúde, a mesma deve conseguir identificar os processos considerados críticos para a organização/serviço, de modo a que esta consiga cumprir os objetivos da perspectiva financeira e de clientes.

#### **3.4.4. Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento**

Esta perspectiva é reconhecida como a quarta perspectiva proposta por Kaplan e Norton (1992), sendo o elo de ligação com as restantes perspetivas anteriormente referidas. Esta perspectiva é a que proporciona a criação de valor acrescentado e possibilita a persecução dos objetos das três primeiras perspetivas, sendo assim o indutor dos resultados a obter através do BSC. Esta perspectiva estabelece relações cruciais de causa-efeito com as perspetivas anteriores e inclui um conjunto de valores intangíveis como sejam o capital humano bem valores tangíveis como a estrutura tecnológica e os sistemas de informação. Olhando para uma organização a médio/longo prazo teremos de ter em consideração que o investimento é uma área que é fundamental para qualquer organização, investir não só em áreas habituais, mas em investimento tecnológico e em inovação, como aquisição de equipamento sofisticado e moderno, na investigação e desenvolvimento de novos produtos e serviços (Kaplan e Norton, 1996b).

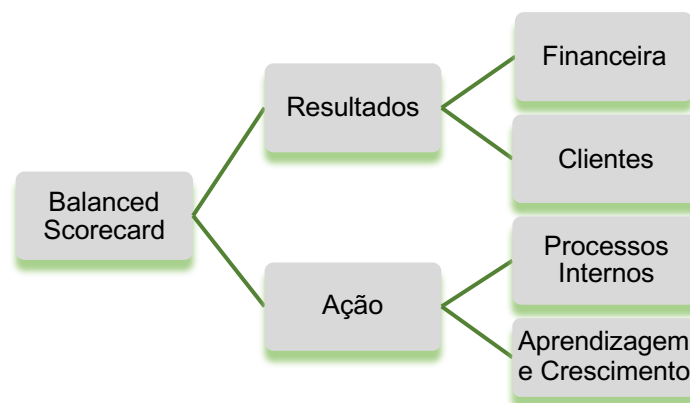
Para Jordan; Neves e Rodrigues (2007), os trabalhadores são um dos principais elementos intangíveis numa organização, tendo um peso significativo na estrutura organizativa e que condiciona o desempenho global da organização.

Deste modo, esta perspectiva permitirá assegurar uma aprendizagem e crescimento contínuo melhorando desta forma os processos internos. Para Kaplan e Norton (1996b), as organizações devem-se focar no potencial humano, nas competências, capacidades dos colaboradores, formação, motivação, produtividade e *empowerment*. Dotar as organizações de sistemas de informação que forneçam informação em tempo útil e procedimentos organizacionais que incorporem a criatividade e motivação dos colaboradores são fatores essenciais para o sucesso de qualquer organização.

Segundo Pinto (2009, p.44), no contexto organizacional esta perspectiva pretende identificar os objetivos e indicadores que permitam responder à questão “*como podemos desenvolver capacidades de mudança e crescimento?*” no pressuposto que uma organização tem como objetivo procurar a excelência no seu segmento de mercado e que não cessa funções a curto prazo. Quando aplicado às organizações de saúde a prioridades desta perspectiva é o desenvolvimento do capital humano, técnico e organizacional. (Ribeiro, 2008, p.65).

Em suma, as quatro perspectivas que constituem o BSC estão interligadas entre si numa relação causa-efeito, tendo presente que a visão e a estratégica são elementos chave de toda a estrutura do BSC e são o ponto de partida para o desenvolvimento e conceção do BSC.

Pinto (2009, p.45), apresenta o BSC com uma configuração diferente, traduzindo segundo o autor um melhor entendimento entre o papel e interdependência entre as perspectivas. Na Figura 7 é apresentada a configuração sugerida por Pinto (2009) que demonstra a interdependência das 4 perspectivas do BSC.



**Figura 7** - BSC: Interdependência das 4 perspectivas.

**Fonte:** Adaptado de Pinto (2009, p.45).

As duas perspectivas que se encontram na base são consideradas as indutoras de ação, as iniciativas, as ações tomadas e executadas que fazem com que as “*coisas aconteçam*”, as perspectivas de topo evidenciam os resultados das ações tomadas e executadas (Pinto, 2009, p.45).

Dependendo do setor de atividade das organizações, é possível adaptar o BSC com as perspectivas que melhor definem cada setor de atividade. No que diz respeito ao setor da saúde, muitas instituições prestadoras de cuidados de saúde criaram as suas próprias perspectivas (Grud e Gao, 2008; Kaplan e Norton, 1996a; Inamdar e Kaplan, 2002).

### 3.5. Indicadores do *Balanced Scorecard*

Segundo Kaplan e Norton (1992), as organizações deparam-se com uma grande diversidade de indicadores, sendo que, o problema de muitas delas é encontrar o número ideal de indicadores a selecionar. Muitas organizações caem no risco de continuarem a selecionarem novos indicadores sem que os mesmos reflitam e sejam considerados críticos para a organização. O BSC é um bom instrumento para a seleção dos indicadores, pois permite aos gestores e responsáveis pela tomada de decisão selecionarem o número limitado de indicadores para cada uma das perspectivas que compõem o BSC. Kaplan e Norton (2001b), sugerem que um BSC deverá ter entre 20 e 25 indicadores, de maneira a que a relação entre eles ajude a organização a focalizar-se na persecução da sua visão e estratégia.

Segundo Ittner e Larcker (1998), o BSC para além de ajudar a definir o número de indicadores para cada perspectiva (já referido por Kaplan e Norton), ajuda a atribuir um peso relativo que deve ser atribuído a cada um deles, dentro de cada perspectiva. De acordo com Niven (2003, 2006), um BSC de boa qualidade não deverá possuir muitos indicadores, o autor sugere um intervalo de referência (meramente indicativo) para o número de indicadores a usar para cada uma das perspectivas do BSC.

Na Tabela 2 é apresentado o número de indicadores propostos pelos autores Kaplan e Norton, Niven, Ittner e Larcker, bem como o peso relativo para cada perspectiva do BSC.

<b>Perspetiva BSC</b>	<b>Kaplan e Norton (2001b)</b>	<b>Niven (2003, 2006)</b>	<b>Peso Relativo (Ittner e Larcker, 1998)</b>
<b>Financeira</b>	<b>5</b>	<b>3 a 4</b>	<b>22%</b>
<b>Clientes</b>	<b>5</b>	<b>5 a 8</b>	<b>22%</b>
<b>Processos Internos</b>	<b>8 a 10</b>	<b>5 a 10</b>	<b>34%</b>
<b>Aprendizagem e Crescimento</b>	<b>5</b>	<b>3 a 6</b>	<b>22%</b>

**Tabela 2** – Número de indicadores e peso relativo por perspectiva do BSC

**Fonte:** Adaptado de Kaplan e Norton (2001b), Ittner e Larcker (1998), Niven (2003, 2006).

Sendo o BSC um sistema flexível e facilmente mutável, as organizações podem decidir alterar as suas perspetivas, criar novas perspetivas ou até mesmo eliminar perspetivas. De acordo com Bourguignon; Malleret e Norreklit (2004), as organizações podem alterar os pesos relativos de cada perspetiva em função do número de perspetivas que dispõe e do setor de atividade onde estão inseridas.

No que respeita ao setor da saúde, e de acordo com o estudo realizado por Inamdar e Kaplan (2002), as instituições de saúde analisadas por estes autores, atribuíram maior importância (peso relativo) à perspetiva de clientes (33%), seguido dos processos interno (27%), a perspetiva financeira (23%) e aprendizagem e crescimento (17%).

Segundo Caldeira (2010), os indicadores devem estar alinhados com os objetivos de modo a medirem o nível de concretização dos mesmos. Os indicadores não constituem um objetivo, mas sim uma ferramenta ou meio de avaliação através da comparação com padrões previamente estabelecidos.

Pinto (2009, p. 66) define indicador como “ [...um *standard* utilizado para medir e comunicar a performance, tendo como referência metas fixadas”].

Os indicadores têm normalmente natureza quantitativa (números, percentagens, valores monetários, tempos), existindo diversos tipos e classificações de indicadores (de inputs, processos, outputs, resultados e indutores).

No entanto existe aspetos críticos a ter em conta na construção de indicadores. Caldeira (2010) identifica algumas características a ter em conta na construção dos mesmos. Na Tabela 3 são evidenciadas as características que um indicador deve ter para ser considerado um bom indicador.

<b>Características</b>	<b>Descrição</b>
Medirem o objetivo corretamente	O indicador deve ser claro quanto ao que pretende medir de acordo com o objetivo.
Fiabilidade	Os resultados do indicador devem ser o mais credível possíveis, de modo a tornar o sistema credível e manter o interesse nele.
Económicos (baratos)	O resultado esperado não deve consumir muito tempo e não deve despende de recursos financeiros exagerados
Simplicidade	Quanto mais simples forem os indicadores mais fácil a sua aceitação e consenso.
Envolverem informação acessível	Facilitar a acessibilidade à informação referente ao indicador, facilitando desta forma o seu cálculo.
Limite temporal identificado	A medição do indicador deve respeitar o limite temporal definido.
Unidade de medida definida	O indicador deve assumir uma métrica, tais como, valor absoluto, percentagens, dias, horas.

**Tabela 3** – Características dos indicadores

**Fonte:** Elaboração própria, adaptado de Caldeira (2010, p.69-70)

A literatura internacional refere um vasto conjunto de indicadores passíveis de serem adotados por serviços e organizações de saúde, no entanto, os mesmos devem ser selecionados em função da natureza da Especialidade e dos objetivos que se pretendem atingir. No panorama nacional, a seleção de indicadores para avaliar o desempenho das organizações de saúde, nomeadamente dos hospitais, aparenta ter ganho maior relevância com a publicação da Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospital. Em Portugal a avaliação do desempenho em organizações de saúde, nomeadamente hospitalar, é realizada por diversas entidades, pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) com a publicação do Relatório Anual de Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental, pela IASIST através do relatório anual do “TOP5: A excelência dos Hospitais” e pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) através do SINAS. Todas as metodologias de avaliação do desempenho apresentam características próprias, no entanto elas complementam-se, sendo possível obter a partir da agregação de diversas fontes de informação, conhecimento sobre o desempenho destas organizações. A escolha dos indicadores torna-se uma etapa crucial para uma correta avaliação do desempenho das organizações de saúde (Costa, 2005; Costa e Lopes, 2015).

Conclusões de um estudo<sup>3</sup> realizado por Costa (2012), com o objetivo de averiguar quais os sistemas de gestão estratégica bem como os indicadores mais utilizados pelos Hospitais em Portugal (inclui o setor privado, público e Parcerias Público-Privadas), a autora concluiu que:

- 97,3% dos hospitais portugueses utilização indicadores financeiros e não financeiros,
- quando questionados sobre as razões para a utilização de indicadores não financeiros, os inqueridos referem que os indicadores não financeiros são considerados fatores críticos de sucessos para as organizações de saúde (63,9%), que os indicadores financeiros não permitem o sucesso e sobrevivência a longo prazo (22,2%) e que os indicadores financeiros apenas reportam informação histórica de curto prazo (13,9%);
- 64,9% dos inqueridos referem que utilizam como sistema de gestão estratégica o *Tableaux de Bord*, apenas 10,8% utilizam o BSC como instrumento de apoio à gestão e estratégia;
- os indicadores mais utilizados pelos inqueridos foram os que constam na Tabela 4:

Tipos de Indicadores	Indicadores
Indicadores não financeiros	Demora média Taxa de ocupação Satisfação do utente/cliente % primeiras consultas no total de consultas Tempo de espera para consulta % de reinternamentos Índice de Qualidade % de Reclamações Número de consultas
Indicadores financeiros	Resultado líquido Custos operacionais Custos com o pessoal % dos proveitos operacionais Prazo médio de pagamento Prazo médio de recebimento Custo unitário por doente

**Tabela 4** – Indicadores não financeiros e financeiros mais utilizados pelas instituições hospitalares portuguesas.

**Fonte:** Adaptado de Costa (2012)

<sup>3</sup> Metodologia do estudo seguido pela autora: aplicação de questionário a 116 hospitais de cariz público, privado e PPP (Parceria Público-privada). As intuições públicas são as que predominaram (52,6%) e em que se obteve maior número de respostas válidas 24 em 37 questionários validados.



### 3.6. Mapas Estratégicos e a Relação de Causa-Efeito

Os mapas estratégicos, como instrumentos de apoio à gestão estratégica surgem associados ao BSC, pela importância que estes tem assumidos na concepção e implementação do BSC nas organizações. Este instrumento surge associado a uma crescente utilização do BSC, contribuindo para o sucesso do mesmo, uma vez que fornece um forte impacto visual que permite acompanhar a implementação e comunicação da estratégia, possibilitando visualizar em tempo real, validar e corrigir as relações de causa-efeito que se estabelecem entre os objetivos, indicadores e as respetivas perspetivas do BSC. Este instrumento foi desenvolvido de forma a suprir a necessidade sentida pelos gestores em compreender os processos de implementação do BSC. A primeira grande referência bibliográfica referente ao conceito de mapa estratégico, surge publicada pela *Harvard Business Review*, pelos autores do BSC, Kaplan e Norton.

Kaplan e Norton (2000) definem o mapa estratégico como uma arquitetura lógica e compreensiva que fornece uma representação visual dos objetivos críticos da organização e das relações que se estabelecem entre eles. Dado as suas potencialidades ao serviço das organizações, o mapa estratégico foi considerado mais tarde por Kaplan e Norton, como uma peça fundamental para a criação e implementação do próprio BSC.

Segundo Jordan; Neves e Rodrigues, (2007) e Ribeiro (2008, p.65), a implementação do BSC implica um pensamento estratégico que é refletido no mapa estratégico, evidenciando e clarificando as relações causa-efeito entre os objetivos estratégicos das várias perspetivas do BSC.

Na base da filosofia de funcionamento do BSC, existe uma relação de causa-efeito entre as diversas perspetivas, objetivos, metas e indicadores, permitindo desta forma conceder validade e credibilidade ao modelo, distinguindo-o dos outros sistemas de gestão estratégica (Norreklit, 2000; Pinto, 2009).

O encadeamento de relações de causa-efeito começam por ações que permitem a melhoria contínua e a criação de valor para a organização, como seja, o investimento no capital humano, técnico e organizacional, com o exemplo do desenvolvimento de competências e formação dos colaboradores das organizações (Ribeiro, 2008, p.65). Estas novas competências dadas aos colaboradores irão contribuir para uma melhoria dos serviços ao nível dos processos internos, os quais, por sua vez, irão aumentar a

satisfação dos clientes e consequentemente, trará melhores resultados (Kaplan e Norton, 2001a).

Para Pinto (2009), os mapas estratégicos para além de refletirem a estratégia de uma organização, possibilitam a identificação e correção de falhas na estratégia que está a ser implementada ou já implementada.

### **3.7. Metas e Iniciativas**

Para a implementação com sucesso do BSC em qualquer organização, independentemente da sua natureza, para além dos objetivos estratégicos e dos indicadores já referidos, a definição de metas e iniciativas torna-se de igual modo etapas fundamentais para qualquer processo de implementação do BSC. Se considerarmos que uma meta é o resultado (mensurável) que se deseja atingir para determinado objetivo e as iniciativas o conjunto de ações e medidas desenvolvidas pela organização com o propósito de atingir as metas previamente definidas, estes dois conceitos revestem uma importância acrescida na implementação do BSC, uma vez que auxiliam a organização a orientar e a controlar a sua evolução, com a ajuda dos indicadores de desempenho, que permitem a mensuração e facilitam a avaliação do desempenho.

Segundo Pinto (2009, p.66), as iniciativas e ações permitem atingir as metas previamente fixadas, utilizando como instrumento de medição os indicadores, de modo a atingir os objetivos estratégicos fixados. Caldeira (2010), entende que as metas deverão estar adequadas à realidade da organização e aos recursos que dispõe, evitando assim, o estabelecimento de metas muito ambiciosas. Para a delineamento das metas é necessário ter em conta os planos estratégicos e os planos de atividades de cada organização de modo a poder comparar os resultados.

Para a concretização das metas, devem ser desenvolvidas iniciativas, sendo estas constituídas por ações, medidas, programas e projetos que facilitem a concretização das metas fixadas para cada indicador, e, por consequente, alcance dos objetivos, numa base de relações causa-efeito entre as diversas componentes do BSC.

### 3.8. Análise crítica ao *Balanced Scorecard*

Qualquer instrumento de avaliação do desempenho organizacional apresenta vantagens e limitações, o BSC não é exceção, no entanto, têm-se verificado um enorme esforço por parte de investigadores e académicos por forma a suprir algumas falhas e limitações que estes instrumentos têm apresentado ou possam apresentar.

O BSC veio mudar a forma como as organizações olham para a sua estrutura organizacional e como a avaliam, desde a divulgação desta metodologia por Kaplan e Norton (1992), muitos têm sido os livros e artigos publicados versando esta temática, não só pelos autores do modelo bem como por outros autores que tentam aperfeiçoar o modelo original, evidenciando casos de sucesso na implementação desta metodologia em diversas áreas e setores de atividade.

Na Tabela 5 são apresentadas algumas vantagens e desvantagens do BSC, enquanto instrumento de gestão estratégica.

Vantagens BSC	Autor
Reúne toda a informação de vária natureza num único relatório.	Kaplan e Norton, (1992)
Promove a aprendizagem estratégica por parte dos gestores de topo, conduzindo a organização a médio e longo prazo a uma melhor <i>performance</i> .	Kaplan e Norton, (1992, 1996b, 2000, 2001a)
Processo educacional onde estão envolvidos todos os <i>stakeholders</i> , permitindo uma melhor articulação e alocação de recursos com vista a alcançar os <i>outcomes</i> desejados.	Chan (2004)
Permite um aperfeiçoamento de conhecimentos, de várias origens, que são reforçados com os ensinamentos da prática empresarial.	Russo (2006)
Ferramenta imprescindível para atingir a excelência: a) Torna clara a visão da organização; b) Alinha a organização em torno da estratégia; c) Facilita a comunicação na organização; d) Torna o processo de definição estratégica contínuo; e) Faz a ponte entre a definição da estratégia e a sua implementação; f) Melhora a eficiência da gestão; g) Melhora a rapidez e a qualidade das decisões, h) Reduz custos e aumentar a produtividade; i) Mede a eficiência e efetividade dos processos;	Cruz; Geada e Silva, (2012, p.53)

j) Age com base em dados reais e não em princípios subjetivos; k) Monitoriza resultados e desempenhos.	Cruz; Geada e Silva, (2012, p.53)
Traduz a visão e a estratégia por meio de um conjunto de medidas de desempenho.	Kaplan e Norton, (1992, 1996a)
<b>Desvantagens BSC</b>	<b>Autor</b>
A validade do modelo depende da relação causa-efeito entre os diversos objetivos e indicadores, o que nem sempre se verifica.	Norreklit, (2000)
O tempo e os custos de implementação são elevados	Ittner e Lacker, (1998); Drew e Kaye, (2007)
A relação existente entre as medidas do BSC por vezes é ambígua	Kaplan e Norton, (1996a)
É um sistema complexo devido à relação causa-efeito que tem de se estabelecer.	Ittner e Lacker (1998); Drew eKaye, (2007)
A construção do BSC é Top Down, sendo por vezes difícil identificar as reais necessidades da organização e dos colaboradores.	Norreklit (2000)

**Tabela 5** – Vantagens e Desvantagens do BSC

**Fonte:** Elaboração própria, adaptado com base nos autores referidos na tabela.

## 4. O *Balanced Scorecard* no Setor Público

---

*Gerir a performance estratégica para a criação de valor público.*

**Caldeira (2010)**

### 4.1. Adaptação aos Serviços Públicos

O percurso de adaptação desta metodologia às organizações com especificidades tão próprias, como é o caso das organizações da administração pública, tem evidenciado a sua flexibilidade e facilidade de adaptação, num processo de mudança e melhoria global para a gestão da *performance*, que constitui o objetivo fulcral de qualquer organização do setor público (Pinto, 2009). Segundo este autor, as primeiras tentativas da sua adaptação ao setor público e às organizações sem fins lucrativos surgiram em 1996, 4 anos depois da sua criação por Kaplan e Norton em 1992.<sup>4</sup>

Caldeira (2010), entende que muitas organizações têm interesse em aplicar a metodologia BSC na sua versão inicial de modo a acompanhar inicialmente a estratégia da organização, procedendo, no entanto, a curto prazo a adaptações ao modelo inicial tendo em conta as especificidades próprias das organizações do setor público e dos seus *stakeholders*.

As entidades públicas sentiram necessidade de se adaptarem a novas formas de gestão e a metodologias inovadoras para gerir o desempenho organizacional e acompanhar a sua estratégia a médio e longo prazo, as medidas tradicionais já não forneciam informação suficiente e já estavam ultrapassadas, não permitindo avaliar o sucesso das entidades públicas. Para Kaplan e Norton (2001), o sucesso das organizações deve ser medido com base na eficiência e efetividade com que as necessidades dos cidadãos são satisfeitas.

Face ao sucesso do BSC no setor privado, os serviços do setor público e organizações sem fins lucrativos procederam à adaptação desta ferramenta com o objetivo de melhorar o desempenho organizacional e incutir a estratégia no trabalho diário de todas as pessoas na organização (Pinto, 2009). Muitos países a partir da segunda metade da década de 90, já detinham experiência de vários anos em utilização de outros sistemas de medição e gestão do desempenho, sendo que a metodologia BSC teve um forte

---

<sup>4</sup> É de salientar que na segunda metade da década de 90, muitos países já utilizavam a metodologia BSC nos seus serviços públicos, como é o caso dos: Estados Unidos da América, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Suécia, Finlândia (Pinto, 2009, pág. 152).

impacto nas organizações públicas precisamente na segunda metade da década de 90. Em 2001, Kaplan e Norton publicaram o seu segundo livro, alusivo a esta metodologia, intitulado *“The Strategy Focused Organization”*, onde os autores referem que até 1996 os setores da administração pública e do setor sem fins lucrativos ainda estavam numa fase embrionária em relação à adoção da metodologia BSC, sendo que, 4 anos depois, a metodologia e o conceito tinham sido bem aceites e tinham sido desenvolvidos modelos de BSC por estas organizações, um pouco por todo o mundo.

Niven (2006), entende que é essencial a adoção e adaptação do BSC nas organizações públicas, visto que este instrumento de gestão estratégica revelou-se útil para a tomada de decisão, possibilitando a obtenção de melhores resultados e uma maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis.

#### **4.2. Vantagens e desafios do *Balanced Scorecard* no Setor Público**

Para Caldeira (2009, p. 40), existe claramente benefícios da aplicação desta metodologia em serviços públicos e sem fins lucrativos. O autor enumera 5 pontos que considera pertinentes para a adoção do BSC, desde logo:

- a) o acompanhamento periódico da execução da estratégia;
- b) a identificação de eventuais desvios da estratégia, na medida em que ao fazer um acompanhamento periódico, poderá refletir, compreender e antecipar a evolução dos cumprimentos dos objetivos estratégicos da organização, sendo possível tomar medidas corretivas em tempo útil;
- c) a disseminação da estratégia na organização, sendo um instrumento de comunicação de toda a organização, deixando de ser um assunto limitado à gestão de topo;
- d) o alinhamento dos colaboradores da organização com a estratégia, na medida em que sendo a estratégia disseminada por toda a organização, ela permitirá aos colaboradores conhecerem e clarificarem os objetivos, a missão e visão da organização, estando todos os colaboradores em sintonia e orientados para a mesma direção;
- e) a focalização dos colaboradores na concretização dos objetivos estratégicos, a metodologia BSC permite aos colaboradores e gestores se concentrarem no que realmente é importante, promovendo uma cultura de gestão por objetivos.

No entanto é necessário recordar que a metodologia BSC foi concebida para o setor privado e para um mercado com especificidades próprias, o mercado americano, assente em princípios muito próprios e com diferenças culturais significativas quando comparado com outros países como por exemplo Portugal. São também evidentes as diferenças profundas entre o setor privado e o setor público. Em Portugal, se olharmos para o setor público podemos encontrar diferenças entre diversas organizações da administração pública, o que constitui um enorme desafio a aplicação deste tipo de metodologias de gestão, sendo que o grau de complexidade de implementação de uma metodologia BSC no setor público é muito superior quando comparado com o setor privado.

Caldeira (2010, p. 41), coloca alguns desafios à implementação e aplicação do BSC ao setor público, nomeadamente:

- a) os ciclos políticos em que as organizações públicas estão sujeitas, provocando momentos de incerteza quanto à estratégia a seguir;
- b) a importância que é dada às organizações a longo prazo, as organizações são pressionadas para os resultados operacionais em detrimento do desempenho a médio/longo prazo;
- c) a existência de inúmeros *stakeholders* com interesse na organização e poder na organização;
- d) a falta de recursos para cumprir os objetivos definidos superiormente pela tutela;
- e) a divulgação tardia dos resultados, quando comparado com o setor privado;
- f) a baixa motivação dos colaboradores e incapacidade do Estado para promover ações que revertam a situação.

Niven (2006), também enuncia alguns fatores que poderão constituir obstáculos para uma implementação eficaz do BSC no setor público, nomeadamente:

- a) os processos de implementação são demorados;
- b) a ideia errada sobre a avaliação de desempenho e dos seus reais objetivos, estando muitas vezes ligada à ideia de punição;
- c) as restrições orçamentais;
- d) a legislação que por vezes pode interferir com os objetivos estratégicos.

Outro desafio que se coloca às organizações do setor público é a capacidade de dispor de recursos técnicos e humanos necessários para a adoção do BSC, devido às restrições de contratação de novos profissionais para os quadros de pessoal nas

organizações da administração pública, as organizações optam por contratar empresas de consultoria externa, com conhecimento, formação e experiência na implementação destes processos, sendo agentes de mudança nas entidades públicas. Para Kaplan e Norton (1996b), o uso de consultores externos era uma prática muito comum entre as organizações que tinham ou que queriam adotar o BSC.

Um artigo apresentado em setembro de 2015, no congresso da Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas, intitulado “*O Balanced Scorecard no setor público: perspectiva do consultor de gestão*”, pretendia compreender as motivações, benefícios e dificuldades inerentes à adoção do BSC no setor público, do ponto de vista dos consultores de gestão. O estudo permitiu concluir que o recurso aos consultores externos era vantajoso para as organizações, apresentando condições que contribuem para o aumento da efetividade na implementação do BSC diminuindo assim as dificuldades na sua implementação e permitindo a sua continuidade (Borges; Gomes e Fernandes, 2015).

Segundo Borges; Gomes e Fernandes (2015, p.18), os consultores externos podem contribuir para a adoção do BSC no setor público através da transferência de conhecimento e experiência adquirida em outras organizações, sejam elas privadas, públicas ou sem fins lucrativos. Os consultores atuam como agentes facilitadores da mudança e dinamizadores da mudança, inspirando confiança nos colaboradores da organização.

Segundo Pinto (2009), os setores de atividade que poderão ter melhor sucesso na implementação do BSC, são os que são caracterizados pela produção de bens e/ou serviços com um grande número de clientes, pelo que, os serviços públicos, nomeadamente o setor da saúde, poderá ser beneficiado com a adaptação desta metodologia.

### **4.3. *Balanced Scorecard* aplicado às instituições prestações de cuidados de saúde**

#### **4.3.1. Casos internacionais**

No que diz respeito ao setor da saúde existe referenciada na literatura um vasto leque de casos de sucesso da implementação com sucesso desta metodologia, nomeadamente o caso do Hospital Pediátrico da Carolina do Norte, o Serviço de Emergência de um Hospital Geral na Tailândia, o *May Institute* (EUA), o BSC no Sistema



Nacional de Saúde Inglês, o Hospital Universitário de Montefiore (EUA), Hospital de Zumarraga (Espanha), a aplicação do BSC na Agência de Saúde Pública de Barcelona.

Apresentam-se de seguida dois casos de sucesso da implementação desta metodologia no setor da saúde. Dado o objeto de estudo, desenvolvido na Parte II - Estudo Empírico, foram escolhidos dois casos que, de certa forma tem características semelhantes ao objeto de estudo, nomeadamente ser um hospital pediátrico com forte componente de ensino e investigação (universitário).

#### **4.3.1.1. Hospital Pediátrico - *Duke Children's Hospital***

Apresentado na *Harvard Business Review*, em 2000, sob o título “*Saving Money, Saving Lives*”, este é um caso de sucesso da aplicação do BSC no setor da saúde liderado por Meliones (2000). John Meliones era chefe da Unidade de Tratamento Intensivo em Pediatria do *Duke Children's Hospital* localizado em *Durham* na Carolina do Norte, nos Estados Unidos da América.

Esta unidade pediátrica possuía 134 camas, localizado no 5.º andar do *Duke Children's Hospital* e eram prestados servidos de saúde diferenciados, cuidados intensivos neonatais e pediátricos, serviços de emergência, cuidados intermédios, unidade de transplantes, bem como um conjunto de subespecialidades pediátricas (Ramos e Matos, 2009, p.76).

Meliones identificou alguns problemas no hospital, sendo de salientar, a confusão na organização dos serviços e o estabelecimento de prioridade, a ausência de alinhamento e coerência nos objetivos da administração, pessoal clínico e não clínico, e a falta de comunicação (Kaplan e Norton, 2000a), divergência de objetivos entre a administração e as direções dos serviços clínicos e não clínicos, cada um destes grupos tinha objetivos próprios e não estavam alinhados uns com os outros, rumando em direções opostas (Matos e Ramos, 2009).

A primeira ação desenvolvida por John Meliones, para combater os problemas existentes no hospital consistiu em criar uma equipa multidisciplinar com o objetivo de rever a missão, a visão e a estratégia do hospital, começando então a desenvolver o BSC orientado para a estratégia do hospital. Esta equipa multidisciplinar, essencialmente constituída por médicos e enfermeiros teve como grande objetivo confortar os objetivos dos profissionais de saúde com as limitações financeiras que a instituição atravessava (Matos e Ramos, 2009).

De acordo com Matos e Ramos (2009), emergiram 4 grandes objetivos para o hospital, aumentar o grau de satisfação dos pacientes, prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e reduzir o custo por doente, sendo para isso necessário cortar em alguns cuidados de saúde mais diferenciados, desativar camas, cortar em algumas iniciativas e programas clínicos, levando a que a procura diminuísse, a qualidade dos serviços estaria em causa e os resultados financeiros seriam comprometidos. Perante esta situação John Meliones entendeu que a ferramenta de gestão a adaptar seria o BSC e o primeiro grande objetivo seria a definição consensual da missão e visão do hospital.

A implementação do BSC permitiu obter informação necessária e fiável, erradicando a informação errada e desnecessária que comprometia a presunção dos objetivos e das medidas propostas. Foi dada grande importância à perspetiva de aprendizagem e crescimento, por se tratar de uma área tão central para a unidade de tratamento intensivo, abrangendo a pesquisa, educação e ensino, bem como a perspetiva financeira, da qual foram revistos todos os casos cujo custo tinha sido muito elevado (Kaplan e Norton, 2000a).

Como resultado da implementação do BSC neste serviço de cuidados intensivos pediátricos, coordenado por John Meliones, destacam-se os seguintes resultados (Meliones, 2000; Matos e Ramos, 2009, Calhau, 2009):

- A satisfação dos clientes subiu 18%;
- A melhoria dos processos internos permitiu uma redução da demora média de internamento de - 1.9 dias e uma redução dos reinternamentos de 7% para 3%;
- Diminuição do custo por dia/doente em - 29%;
- A satisfação dos profissionais de saúde cresceu cerca de 45%;

Em finais de 2000, o hospital *Duke Children's Hospital* preparava-se para implementar o BSC a todo o hospital (Matos e Ramos, 2009, p. 80 - 81).

#### **4.3.1.2. Hospital Universitário de *Montefiore* (EUA)**

O Hospital de *Montefiore* é o hospital universitário do *Albert Einstein College of Medicine*, constituído por dois unidades (hospitais), sedeadas em Nova Iorque, uma rede de unidade de cuidados de saúde primários e ainda assegura visitas domiciliárias. As suas duas unidades hospitalares, situadas a uma distância de seis quilómetros uma da outra, foram integradas numa única divisão operacional em 1996. O principal desafio consistia em realinhar as organizações burocráticas de modo a que estes dois sistemas, até então separados e concorrentes, se reunissem para

implementar a estratégia (Kaplan e Inamdar, 2002; Kaplan e Norton, 2000a; Matos e Ramos, 2009).

O sistema de gestão baseado no BSC concentrava-se na satisfação dos pacientes e nos processos clínicos e administrativos destinados a produzir benefícios para os pacientes, à semelhança do utilizado no *Duke Children's Hospital*.

Para a implementação do BSC a este hospital foram identificados quatro vetores considerados fundamentais:

- crescimento do volume e quota de mercado;
- balanceamento entre a classe académica e clínica;
- infraestruturas de apoio (sistemas de informação e equipamentos de tratamento e diagnóstico);
- definição de objetivos de desempenho a atingir.

No hospital de *Montefiore*, o BSC foi o mecanismo que permitiu aos coordenadores das novas unidades descentralizadas participarem das discussões de alto nível para clarificação da estratégia e demonstrar o seu compromisso, mas também como o dispositivo para comunicar e implementar a estratégia nessas unidades com base nos objetivos da gestão de topo que foram definidos no BSC da unidade central. Este esforço permitiu um aumento da eficiência, focalizar as decisões tendo em conta a satisfação do cliente e o crescimento através do aumento da participação de mercado e do lançamento de novos produtos e serviços.

#### **4.3.2. Caso Português**

A literatura internacional e nacional tem vindo a demonstrar o sucesso com que a metodologia BSC tem sido implementada por diversas instituições no setor da saúde. Segundo Ribeiro (2008), um pouco por todo o mundo a utilização do BSC pelas instituições do setor da saúde, tem sido bem-sucedida e tem revelado grande aceitação por parte dos colaboradores das organizações enquanto instrumento de controlo de gestão e de avaliação do desempenho dos serviços de saúde.

Alguns dos casos internacionais de aplicação do BSC ao setor da saúde apresentados anteriormente poderão ser replicados em hospitais Portugueses, com as devidas adaptações, permitindo uma maior aproximação das diferentes classes profissionais na persecução de objetivos comuns, melhorando a comunicação organizacional na procura de um serviço de saúde de qualidade e gerador de valor para o utente.

Contudo, segundo Russo (2006), em Portugal, a divulgação e estudo do BSC decorre com um atraso considerável relativamente aos países da Europa e da América do Norte. No entanto, nos últimos anos regista-se uma tentativa de implementação do BSC no setor público da saúde nomeadamente o caso do Hospital Distrital de Faro<sup>5</sup> (Pinto, 2009), a implementação com sucesso do BSC na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (Ferreira, 2011) e a adaptação do BSC como base de suporte à contratualização interna (Matos *et al.*, 2010).

#### **4.3.3. O *Balanced Scorecard* nos cuidados de saúde mental**

Em Portugal a aplicação desta metodologia de gestão estratégica em serviços de saúde mental é praticamente inexistente se olharmos para um serviço isoladamente dos restantes serviços de uma unidade hospitalar.

Para Tobin; Yeo e Chen (2000), as prioridades das políticas para os serviços de saúde mental tem sido a intervenção precoce e a prevenção. Em Portugal no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), a reorganização e desenvolvimento de serviços com a criação de novas modalidades de prestação de cuidados é uma das principais linhas de ação a desenvolver, de modo a garantir um serviço de saúde mental eficiente, eficaz e responsável.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, a falta de recursos disponíveis para a saúde mental é apontada como um dos principais fatores que tem dificultado o desenvolvimento e melhoria dos serviços de saúde mental, os coordenadores do PNSM afirmam que *“os recursos atribuídos à saúde mental são indiscutivelmente baixos se atendermos ao impacto real das doenças mentais para a carga global das doenças”*.

O BSC apresenta-se assim como um instrumento que pode auxiliar os serviços de saúde mental a reorganizar a sua estrutura organizacional, melhorar os seus processos internos, obter melhores resultados em saúde, criando valor para o utente e para as instituições.

A literatura internacional tem vindo a demonstrar a utilidade do BSC em serviços de saúde mental, dando evidência aos resultados obtidos com a sua aplicação. Nas Tabelas 6,7,8 e 9 são apresentados alguns casos internacionais da aplicação da metodologia BSC na área saúde mental. Em Portugal existe uma Unidade Local de

---

<sup>5</sup> Recomenda-se a leitura da entrevista realizada a Francisco Serra, relativamente à tentativa de implementação do BSC no Hospital Distrital de Faro (Pinto, 2009, p. 239-259).

Saúde no norte do país, que aplica esta metodologia na sua estrutura organizativa que abrange todos dos serviços clínicos, nomeadamente o Departamento de Saúde Mental dessa ULS.

**Caso 1:** Estudo de um programa de intervenção em saúde mental usando como metodologia o BSC.

Estudo	Descrição e objetivo do estudo	Resultados	Autor
<i>Early Intervention in Psychiatry - Early Interventions and lessons from Harvard Business Review</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento de um Programa de Intervenção em Psiquiatria em Singapura, baseado em modelos empresariais.</li> <li>- Método baseado nas 4 perspetivas do BSC</li> <li>- Objetivos: fortalecer a visão e ideologia do programa; <i>empowermet</i> das equipas, alcançar resultados a curto prazo e criar condições para o sucesso do programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância da responsabilização através da mensuração de indicadores;</li> <li>- Redução das psicoses não tratadas;</li> <li>- Mudança dos padrões de referenciação dos doentes e melhor envolvimento dos cuidados de saúde primários;</li> <li>- Melhoria da qualidade assistencial aos doentes.</li> </ul>	<i>Chong (2007) (Institute of Mental Health, Singapore)</i>

**Tabela 6** – Caso 1: *Early Intervention and lesson from Harvard Business Review*

**Fonte:** Adaptado de Chon, 2007.

**Caso 2:** Estudo de caso com o objetivo de identificar indicadores chave para um serviço de saúde mental da Nova Zelândia, utilizando a metodologia BSC.

Estudo	Descrição e objetivo do estudo	Resultados	Autor
<i>Balancing the Balanced Scorecard for a New Zealand Mental Health Service</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dado a grande prevalência das doenças mentais, este estudo emergiu da necessidade de avaliar a eficiência, efetividade, responsabilidade e a acessibilidade aos cuidados de saúde mental.</li> <li>- Método: estudo de caso, com o objetivo de descrever os passos a seguir para a escolha de indicadores chave para um serviço de saúde mental;</li> <li>- Foram definidos os indicadores chave para o serviço;</li> <li>- Dimensões do BSC identificadas: qualidade clínica, produtividade, aprendizagem e organização, financeira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outros serviços de saúde mental ficaram interessados em adotar o mesmo processo,</li> <li>- Revelou ser uma oportunidade de incentivar a mudança na gestão;</li> <li>- <u>Principais dificuldades encontradas:</u></li> <li>- falta de consenso em relação à importância dada aos indicadores;</li> <li>- Dificuldade de recolha dos dados (ex. dados não informatizados)</li> </ul>	<p>Coop, 2006</p> <p>Diretor de Saúde Mental, Otago, Nova Zelândia</p>

**Tabela 7** – Caso 2: *Balancing the balanced scorecard for a New Zealand Mental Health Service*

**Fonte:** Adaptado de Coop, 2006.

**Caso 3:** Artigo que relata os resultados do estudo de viabilidade do BSC para o setor da saúde mental, tendo em foco três questões: relevância da estrutura, metas estratégicas subjacentes e seleção de indicadores.

Estudo	Descrição e objetivo do estudo	Resultados	Autor
<i>Adapting the Balanced Scorecard for Mental Health and Addictions: an inpatient example</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização do BSC para monitorizar a qualidade do atendimento em 5 áreas da Especialidade;</li> <li>- Viabilidade da estrutura do BSC foi avaliada para cada uma das divisões usando uma abordagem padronizada;</li> <li>- Estudo relata os resultados para o setor da saúde mental focando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• relevância da estrutura;</li> <li>• metas estratégicas subjacentes;</li> <li>• seleção de indicadores.</li> </ul> </li> <li>- Foi realizada revisão de literatura e recolha de dados (opiniões dos stakeholders)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A estrutura do BSC foi recomendada, sujeita a algumas modificações e os indicadores foram selecionados de acordo com os objetivos da política de saúde mental para a região em causa;</li> <li>- Os relatórios tiveram boa aceitação e o serviço recebeu apoio dos colaboradores.</li> </ul>	<i>Lin e Durbin, 2008.</i> Universidade de Toronto

**Tabela 8** – Caso 3: *Adapting the Balanced Scorecard for Mental Health and Addictions*  
**Fonte:** Lin e Durbin, 2008.

**Caso 4:** Estudo de caso aplicado a um serviço de saúde mental no Reino Unido que pretendia demonstrar aos gestores dos serviços de saúde os benefícios que a aplicação da metodologia BSC trazia para alcançar a excelência nas organizações de saúde.

Estudo	Descrição e objetivo do estudo	Resultados	Autor
<i>A Management approach that drives actions strategically – BSC in a mental health trust case study</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de um estudo de caso realizado num serviço de saúde mental (<i>Yorkshire Mental Health NHS</i>) para demonstrar que a metodologia BSC era um excelente instrumento para alcançar a excelência;</li> <li>- Estudo (projeto piloto) relata a aplicação do BSC no sudoeste de <i>Yorkshire</i>, de modo a atingir objetivos de excelência;</li> <li>- Método: modelo teórico de Kaplan e Norton e reuniões internas no serviço para discutir a questão da estratégia a seguir para atingir a excelência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O estudo explica o processo de construção do BSC;</li> <li>- Discute a visão e as estratégias adotadas para o serviço de saúde mental e explica como as mesmas podem ser mensuráveis;</li> <li>- <u>Limitações:</u></li> <li>- Estrutura do BSC específica para os serviços de saúde mental do Reino Unido, no entanto os autores acreditam que pode ser utilizado universalmente.</li> </ul>	<i>Schmidt, et al., 2006</i>

**Tabela 9** – Caso 4: *BSC in a Mental Health Trust Case Study*

**Fonte:** *Schmidt, et al., 2006*

A revisão da literatura não evidenciou estudos que se configurem numa base sólida para a concepção e implementação do BSC em serviços prestadores de cuidados de saúde mental para a área da infância e adolescência.



## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

---

*“A essência do conhecimento consiste  
em aplicá-lo, uma vez possuído.”*

**Sócrates (Filósofo)**

### 5. Fundamentação

Nos últimos 40 anos a situação económica e social de Portugal teve um extraordinário progresso, resultante das transformações introduzidas na sociedade portuguesa. As questões relacionadas com a saúde acompanharam essas mudanças. A melhoria sistemática e sustentada dos nossos serviços de saúde, ao longo dos últimos anos, é um fato indiscutível. Portugal alcançou nas últimas três décadas resultados muito significativos em saúde, fruto de um enorme desenvolvimento económico, social e cultural que a sociedade sofreu bem como pela criação de uma estrutura ao nível dos cuidados de saúde que estabeleceu uma rede de cuidados primários, uma rede de cuidados hospitalares e, mais recentemente, uma rede de cuidados de saúde continuados.

As organizações privadas, públicas ou do setor social encontram-se atualmente mergulhadas num clima de incerteza e mudança, seguindo ritmos de desenvolvimento diferentes, tentando, no entanto, a persecução dos seus objetivos estratégicos. Todas as organizações devem ser conhecedoras de que ter uma boa estratégia é essencial para atingirem os seus objetivos e se diferenciarem das outras organizações de modo a darem resposta às necessidades da população. Assim, para o sucesso de qualquer organização, ter uma boa estratégia, clara, objetiva, bem delineada e com canais de comunicação bem definidos entre todos os colaboradores, permite criar condições para a criação de valor em saúde e atingir bons indicadores de desempenho.

Quando aplicado ao setor da saúde, e em particular o setor público da saúde, uma das preocupações que têm dominado os sucessivos governos, continua a ser as reformas dos sistemas de saúde, tentando promover a eficiência do sistema, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde bem como um serviço de qualidade. Deste modo, as organizações e os sistemas de saúde têm de se adaptar aos contextos socioeconómicos, financeiros e políticos de modo a conseguirem dar resposta às necessidades em saúde.

Atendendo aos atributos para a missão do Sistema de Saúde Português supramencionados e ao Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS) é evidente a necessidade de dotar as organizações (privadas, públicas e do setor social) de instrumentos de gestão e estratégia que lhe permitam atingir os seus objetivos indo ao encontro aos objetivos e missão do sistema de saúde. Muitas destas organizações já utilizam alguns instrumentos de gestão evidenciados na literatura, contribuindo deste modo, para uma melhoria do desempenho organizacional, para uma tomada de decisão mais consciente e para o delineamento do posicionamento estratégico das suas organizações, no entanto, estes instrumentos nem sempre estão devidamente implementados e alinhados com a estratégia da organização, não produzindo assim o efeito desejado (Matos, 2006).

De acordo com Jordan; Neves e Rodrigues (2007), muitas organizações não têm estratégias bem definidas e, apesar da missão e visão serem claras, nem sempre são comunicadas de forma eficiente aos colaboradores da organização, dificultando assim a interação entre a gestão de topo, a intermédia e a operacional, colocando em causa o sucesso da organização.

O BSC como instrumento de gestão estratégica, foi criado de forma a apoiar as organizações a clarificar a sua visão e estratégia. Sendo ele um instrumento de gestão inicialmente pensado para organizações privadas com fins lucrativos, cujo objetivo é o lucro, também ele tem evidenciado bons resultados e demonstra ter um forte potencial para as organizações sem fins lucrativos e do setor público, *“para as quais o aspeto financeiro representa uma limitação e não um objetivo em si mesmo”* (Ribeiro, 2008).

No entanto, é de referir que, em organizações de saúde, como é o caso dos hospitais, o processo de conceção e implementação da metodologia BSC poderá ser um processo complexo e que necessita de diversas adaptações e reajustamentos para o sucesso desta metodologia.

De acordo com Matos e Ramos (2009), os hospitais portugueses precisam de ferramentas que lhes permitam a adoção de políticas de gestão, definição de estratégias, objetivos e medidas para traduzir a missão e visão destas organizações.

Quando analisamos a aplicação de instrumentos de gestão estratégica, nomeadamente, o BSC, em serviço de saúde mental e mais concretamente em serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, a literatura não têm evidenciado estudos que se configurem numa base sólida para a conceção e implementação do BSC neste tipo de serviços.

Dada a multiplicidade de áreas clínicas e serviços que podemos encontrar numa organização prestadora de cuidados altamente diferenciados, como é o caso de um hospital, é legítimo que se coloquem algumas questões sobre a utilidade de um BSC para uma área tão específica como é o caso da saúde mental, mais concretamente para serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e do seu impacto no Sistema de Saúde e na comunidade em geral.

Atentando a diversos estudos nacionais e internacionais, existe uma preocupação crescente com os problemas de saúde mental e o seu peso na carga global de doença do indivíduo. Dados apresentados no relatório “*The world health report 2003 - shaping the future*” da OMS, evidenciam que cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de perturbações mentais ou do comportamento, das quais 150 milhões representam pessoas com depressão e 25 milhões sofrem de esquizofrenia. Estes números são bastante preocupantes, traduzindo-se num aumento de incapacidades temporárias e/ou permanentes, sofrimento humano, perdas económicas e aumento das necessidades em saúde.

As perturbações mentais têm merecido destaque a nível internacional e nacional e deverão ser uma questão central nas políticas de saúde.

Quando nos referimos à saúde mental, deveremos fazer uma clara distinção entre as doenças e perturbações mentais que afetam a idade adulta e as que atingem as crianças e adolescentes ao longo do seu desenvolvimento até atingirem a idade adulta, pelo que, é de todo o interesse abordar e enquadrar a Saúde Mental Infantojuvenil no panorama internacional e nacional, uma vez que o presente estudo tem como objeto de estudo a especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Segundo Matos (2014), as transformações sociais e culturais das últimas décadas criaram um ambiente que proporcionou o aparecimento de diversos estudos e um crescente interesse pela Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ), considerando o autor que, a saúde mental infantojuvenil teve uma evolução notável em Portugal durante o século XX, evolução esta, como consequência do crescente interesse de técnicos e profissionais de saúde que se dedicam a diversas áreas como a medicina (neurologia, psiquiatria, pediatria), psicologia, enfermagem, serviço social, educação.

De notar que todas as crianças e adolescentes devem ser reconhecidos como elementos ativos de uma sociedade, devendo ser tratados como qualquer outro cidadão, titulares de interesses próprios e direitos. É, no entanto, de destacar que as

crianças e os adolescentes devido à sua vulnerabilidade que lhes é característica, necessitam de uma proteção e uma atenção especial por parte dos seus cuidadores no que diz respeito aos cuidados de saúde e à sua proteção. Em Portugal, muito se tem feito neste sentido, quer ao nível da proteção jurídica dos menores (vasto conjunto de normativos que tem emergido com vista à proteção dos menores, dos seus interesses e direitos), como ao nível não jurídico, com a criação de estruturas de apoio (clínico e não clínico) dado à criança e mães antes e após o nascimento até à idade adulta. Os direitos das crianças estão consagrados na Convenção sobre os Direitos da Criança<sup>6</sup>, do qual o direito à saúde é um direito fundamental de qualquer criança.

Ao longo da fase de crescimento de uma criança, esta poderá passar por momentos e situações complexas dando sinais de sofrimento mental que deverão ser acompanhadas por equipas especializadas. Segundo o Professor Daniel Sampaio, muitas das doenças e perturbações mentais da idade adulta revelam sintomas ou tiveram início na fase da adolescência, sendo que, o diagnóstico precoce e um tratamento iniciado o mais cedo possível são fundamentais para uma boa evolução e acompanhamento (Daniel Sampaio *In* Prefácio do livro “Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes -Identificar, Avaliar e Intervir, de Maria do Carmo Santos, 2015.” No que toca à saúde mental das crianças e adolescentes, a literatura internacional e nacional nas áreas da Psiquiatria da Infância e da Adolescência tem vindo a evidenciar e a alertar para estes problemas (WHO, 2003; WHO, 2005; Encarnação, *et al.*, 2011).

Segundo Encarnação *et al.*, (2011); Marques *et al.*, (2009), e Santos (2015), ao longo das últimas décadas tem-se assistido a um aumento do número de crianças que necessitam de avaliação e acompanhamento em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, estimando que entre 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental.

Estudos de prevalência efetuados por diversas entidades internacionais indicam que entre 17% e 32% das crianças e adolescentes apresentam diagnósticos de pelo menos uma perturbação psiquiátrica, sendo que os valores são superiores quando estudada a prevalência de comorbilidades (Meltzer, citado por Encarnação *et al.*, 2011).

---

<sup>6</sup> Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990. Em linha [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf) [Consult. 04 mar 2017].

Segundo Santos (2015), se considerarmos os problemas de saúde mental que, sendo de menor gravidade, necessitarão de tratamento e intervenção, a prevalência será maior. De referir que, de acordo com a OMS, o grupo das crianças e adolescentes no que toca à saúde mental apresenta um risco aumentado para o desenvolvimento deste tipo de patologias ou perturbações mentais (WHO, 2003).

À semelhança de estudos epidemiológicos realizados em Portugal para a população adulta, nomeadamente o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental coordenado por Almeida, *et al.*, (2013), é fundamental investir num estudo epidemiológico nacional que permita fornecer dados fiáveis na área da saúde mental na infância e adolescência, pelo que, a inexistência de estudos para uma população com idade inferior a 18 anos, obriga-nos a fazer comparações com dados epidemiológicos de outros países com características semelhantes.

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AAPA), uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais, sendo que, apenas 1/5 destas crianças recebe tratamento adequado e a prevalência destes problemas tem tendência a aumentar nestas faixas etárias (*Mental Health: a Report of the Surgeon General*, citado por Marques *et al.*, (2009), *in* Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários - Recomendações para a Prática Clínica, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009).

Uma revisão de literatura realizada por Thiengo, *et al.*, (2014), que tinha como objetivo identificar os transtornos mais prevalentes na infância e adolescência e fatores e eles associados, concluíram que, os transtornos mais frequentes evidenciados nos estudos foram a depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de *deficit* de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias e transtornos de comportamento.<sup>7</sup>

De acordo com Marques *et al.*, (2009) as doenças e perturbações psiquiátricas nas idades mais jovens, conduzem a um aumento de encargos para a sociedade e para o sistema de saúde, quer em termos humanos quer financeiros, sendo que, muitos destes problemas que são desencadeados em idades mais jovens podem ser precursoras de

---

<sup>7</sup> O estudo foi realizado tendo por base de uma amostra final de 27 artigos, selecionados de acordo com os critérios metodológicos do *Checklist for Measuring Quality* proposto por Downs e Black, instrumento este que permite avaliar a qualidade do estudo, a qualidade da informação, a validade interna (vieses) e externa e o efeito significativo do estudo. Os 27 artigos selecionadas são estudos epidemiológicos de base populacional, do tipo observacional, longitudinal e caso-controle, com instrumentos validados para o diagnóstico com critérios baseados no DSM-IV ou CID-10.

perturbações na idade adulta, Marques *et al.*, (2009) - Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários - Recomendações para a Prática Clínica, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

É nosso propósito com a elaboração deste estudo contribuir para a criação de conhecimento numa área de indiscutível interesse para a gestão em organizações de saúde e para uma área médica (Pedopsiquiatria) que tem demonstrado uma crescente importância nas últimas décadas, resultado dos comportamentos de risco dos jovens e adolescentes evidenciados na literatura, o “peso” que as doenças e perturbações mentais assumem na carga global de doença da população, sendo que algumas destas doenças mentais são consideradas crónicas e que requerem um acompanhamento de proximidade ao longo da vida de um indivíduo, fazendo desta forma uma ligação entre a gestão estratégica dos serviços de saúde, nomeadamente, a utilização de instrumentos de gestão e avaliação do desempenho organizacional e os serviços de saúde mental infantojuvenil.

Face ao exposto e atendendo à escassa literatura existente relativamente à aplicação de instrumentos de gestão, nomeadamente o BSC, em serviços de saúde mental em ambiente hospitalar e a fraca utilização de ferramentas e instrumentos de gestão privada em contexto público, entendemos que com este estudo podemos criar valor e conhecimento em duas áreas que, funcionando interligadas poderão gerar resultados positivos a médio/longo prazo, melhorando o desempenho da Especialidade do Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia, bem como ser um ponto de partida de mudança para setores de atividade/serviços com idênticas características.

## 6. Questões de Investigação e Objetivos do Estudo

---

*“Quanto maior for a crença em seus objetivos,  
mais depressa você os conquistará.”*

**Maxwell Maltz**

### 6.1. Objeto de estudo

O presente estudo tem como objeto de análise a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, pertencente ao CHLC. A Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE está integrada na Área da Mulher, Criança e Adolescente (AMAC). Apesar deste estudo se focar na Especialidade de Pedopsiquiatria, é de salientar que o CHLC, dispõe de urgência psiquiátrica para adultos 24/24 horas.

Os cuidados de Psiquiatria para adultos são assegurados pelo Hospital de São José em serviço de urgência permanente (não assegura o internamento) dando apoio a todas as unidades hospitalares que integram o CHLC, EPE. Os cuidados de Pedopsiquiatria são assegurados pelo HDE, em diversas áreas de intervenção e diferenciação técnico-científica, desde logo, o acolhimento, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mental das crianças e jovens até aos 18 anos inclusive, bem como o acompanhamento das suas famílias.

A caracterização da Especialidade em estudo é aprofundada no ponto 9.

### 6.2. Questões de Investigação

O estudo empírico pretende responder às seguintes questões:

- O *Balanced Scorecard* como instrumento de avaliação do desempenho organizacional é uma mais-valia para a Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia?
- O *Balanced Scorecard* contém informação relevante para uma efetiva avaliação e monitorização do desempenho da Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia?
- O *Balanced Scorecard* potencia um maior envolvimento dos colaboradores de modo a proporcionar melhorias organizacionais?

Atendendo às questões de investigação acima descrita, à pertinência da temática à luz do enquadramento teórico e da fundamentação apresentada, torna-se imprescindível definir os objetivos deste estudo.

### **6.3. Objetivos do Estudo**

Face à crescente preocupação por parte dos gestores das organizações de saúde em relação aos novos modelos de gestão, às questões legais, à necessidade de prestar contas à tutela, surge a oportunidade de realizar um estudo que abrange diversas temáticas, nomeadamente, a gestão estratégica em unidades prestadores de cuidados de saúde hospitalares, a avaliação do desempenho organizacional e aplicação prática do BSC como metodologia de gestão estratégica integrado num sistema de informação multidimensional.

Face à importância que o BSC tem assumido no mundo empresarial e à sua capacidade de ser implementado em diversos setores de atividade, incluído o setor da saúde, o presente estudo, de natureza teórico-prática, assenta num enquadramento concetual, desenvolvido na primeira parte deste estudo, pretende dar resposta às questões enunciadas no ponto anterior, conducente à conceção de uma proposta de BSC (projeto piloto) a ser aplicado à Especialidade objeto deste estudo. Considerando a pertinência das questões de investigação, resultam os seguintes objetivos deste estudo.

#### **6.3.1. Objetivos gerais**

O objetivo principal deste estudo é destacar a importância da utilização da metodologia *Balanced Scorecard* na Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia, apresentando uma proposta (projeto piloto) ajustada às necessidades da Especialidade e dos seus utentes, de modo a permitir melhorar o desempenho e auxiliar a gestão de topo na tomada de decisão.



### 6.3.2. Objetivos específicos

Para atingir o objetivo principal propõem-se os seguintes objetivos específicos:

- Definir objetivos estratégicos para cada uma das perspetivas do BSC de modo a contribuírem para um bom funcionamento da Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia;
- Selecionar indicadores a incluir no BSC para a Especialidade Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia;
- Destacar a importância da utilização desta ferramenta na gestão estratégica na Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia, por forma a permitir uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde, da eficiência e qualidade, à luz do atual estado da arte.

A articulação dos objetivos estratégicos e os indicadores a desenvolver possibilitarão alcançar a missão e visão do Centro Hospitalar, cumprir os compromissos assumidos externamente, nomeadamente com a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), bem como dar resposta à carta de compromissos assumida entre o Conselho de Administração do Centro Hospitalar e as áreas funcionais no âmbito da contratualização interna, prevista no Contrato-Programa (2017-2019).



## 7. Metodologia de Investigação

---

*“O método científico é comprovado e verdadeiro.*

*Não é perfeito, é apenas o melhor que temos.”*

**Carl Sagan**

### 7.1. Desenho de estudo

Em qualquer estudo de investigação de natureza académica e científica o desenho de estudo torna-se imprescindível, pois é, através dele que se estuda, descreve e explica todas as etapas que vão sendo realizadas ao longo da pesquisa e fases da produção do conhecimento. Deste modo, e de acordo com Fortin; Côte, e Fillion (2009), os métodos de investigação são as linhas orientadoras de uma investigação. Tendo em conta o objeto de estudo, a fundamentação e os objetivos apresentados nos pontos anteriores, o desenho de investigação adotado para a elaboração deste estudo é sustentado por uma metodologia definida por diferentes fases e métodos de investigação de modo a atingir os objetivos inicialmente propostos.

Segundo Reis (2010), as pesquisas em estudos de investigação e focados num problema em concreto são classificadas em pesquisas quantitativas e qualitativas.

Segundo Streubert e Carpenter (2002), a investigação qualitativa é bastante enriquecedora para o investigador, estimulando-o a compreender melhor o assunto em estudo. O objetivo principal na abordagem qualitativa é a descrição e interpretação de fenómenos e realidades sociais, existindo uma relação dinâmica entre o investigador e o objeto de estudo (Reis, 2010). O presente estudo enquadra-se na tipologia dos estudos de investigação de natureza qualitativa.

No que se refere ao tipo de estudo, Graça (2015), refere que os estudos exploratórios são essencialmente de carácter qualitativo, não tendo como objetivo descrever ou explicar, mas sim compreender um dado fenómeno. Collis e Hussey (2005), referem que os estudos exploratórios são úteis quando existe pouca informação acerca de um tema, procurando então obter informação relevante que permita ao investigador estabelecer um padrão acerca da questão de estudo. O estudo em causa enquadra-se nesta tipologia de estudo qualitativo, uma vez que pretendemos compreender a filosofia do BSC e a sua aplicabilidade num serviço de Pedopsiquiatria de um Hospital Público Português. Face ao exposto e indo de encontro aos autores supramencionados, este estudo de investigação enquadra-se nos estudos exploratórios assentes no paradigma

qualitativo. Foi de igual modo seguido algumas etapas da investigação colaborativa (observação direta e participante), nomeadamente no que se refere à recolha de dados essenciais para a concretização dos objetivos propostos (reuniões com a equipa da Unidade e Especialidade) e à aplicação de Questionário para a seleção de indicadores a serem considerados na proposta de BSC a propor, com as devidas adaptações à Especialidade.

## **7.2. Seleção dos Participantes**

Qualquer processo de amostragem/seleção dos participantes pressupõe a utilização de critérios próprios definidos pelo investigador para apurar a sua população/amostra alvo de estudo. Fortin (2003) refere que a amostragem é o processo do qual se extrai um subconjunto de uma população, de modo a que a população esteja inteiramente representada. No presente estudo a população alvo de estudo abrange profissionais da área clínica e não clínica com formação, experiência e conhecimento do funcionamento e organização da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE. Os elementos que constituem a amostra, ou seja, os participantes do estudo foram selecionados em função da quantidade e qualidade de informação que os mesmos podiam fornecer para o estudo. Deste modo, optamos por selecionar participantes com formação e experiência nas áreas clínicas e de gestão da Especialidade alvo do estudo.

Deste modo, fazem parte do grupo de trabalho o(a):

- Coordenador da Área da Mulher, Criança e Adolescente;
- Diretor/Responsável da Especialidade de Pedopsiquiatria;
- Enfermeiro-Coordenador da Área da Mulher, Criança e Adolescente;
- Enfermeiro-Chefe da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria;
- 2 Administradores Hospitalares pertencente à carreira de Administração Hospitalar.

O processo de seleção dos participantes, ou seja, a nossa amostra é não probabilística e de conveniência, dado que os participantes selecionados não tiveram a mesma probabilidade de serem selecionados para o estudo (Feire e Almeida, 2008). Fortin (2003) considera que esta abordagem e processo de seleção dos participantes é racional, dado que o investigador no processo de seleção dos participantes, seleciona elementos que podem contribuir com informação relevante e de qualidade para o estudo.

### 7.2.1. Critérios de inclusão dos participantes

Foram definidos como critérios de inclusão dos participantes, profissionais que colaboram na Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, bem como outros colaboradores do CHLC, E.P.E., que, pelas funções exercidas poderiam contribuir com informação relevante para o presente estudo. Os participantes selecionados são profissionais da área clínica e não clínica, abrangendo diversas formações académicas e profissionais, nomeadamente Médicos com especialidade em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Enfermeiros, Administradores Hospitalares, bem como elementos com responsabilidade na tomada de decisão, de modo a proporcionar uma heterogeneidade de informação a partir de uma diversidade de áreas de formação académica, visando obter informação credível, garantindo assim a obtenção de dados preponderantes para o desenvolvimento do estudo, deste modo, o estudo contou também com a colaboração do Responsável pelo Planeamento, Análise e Controlo de Gestão do CHLC.

### 7.3. Estratégia de pesquisa e seleção de fontes de informação

A realização de qualquer processo de investigação científica, seja ele um artigo, monografia, ensaio, dissertação ou tese, requer a definição de uma estratégia de pesquisa para o seu desenvolvimento conceptual. O ponto de partida de qualquer investigação é o levantamento de informação, geralmente iniciando-se com uma pesquisa bibliográfica, permitindo deste modo fazer um apanhado geral sobre o estado da arte do tema em estudo.

Neste estudo pretendeu-se analisar a informação relevante existente na produção científica sobre o *Balanced Scorecard* de forma a identificar as linhas orientadoras para a sua conceção e implementação com sucesso.

A estratégia de pesquisa definida para o desenvolvimento deste estudo, assenta em diversas abordagens, sendo elas:

#### **Pesquisa documental:**

A pesquisa documental incidiu sobre os conceitos em análise tendo por base a revisão da literatura e análise documental de fontes validadas cientificamente, nomeadamente, artigos e revistas da especialidade, livros, legislação e quadro normativo em vigor, informação e documentação obtida por um conjunto de fontes de informação de suporte às atividades de ensino e investigação disponíveis na Escola Nacional de Saúde Pública

e no Instituto Superior de Economia e Gestão, com acesso a publicações, bases de dados, catálogos e outros recursos disponíveis em acesso aberto, bem como outras fontes de informação (investigação qualitativa). Foi dada maior relevância à revisão da literatura na vertente aplicada às instituições prestadoras de cuidados de saúde e versando a área da saúde mental infantojuvenil.

**Análise documental:** foi efetuada uma análise a diversos documentos do domínio público do HDE e do CHLC, que se encontram em acesso aberto através dos sítios institucionais disponíveis *online*. Foram também consultados documentos de natureza confidencial e apenas disponíveis na *intranet* do Hospital/Centro Hospitalar, no entanto, os dados não serão apresentados nem divulgados no presente estudo.

Foram analisados os seguintes documentos:

- Relatório e Contas dos anos 2014 e 2015;
- Plano de Atividades 2014;
- Contrato-Programa 2017-2019;
- Regulamento Interno do CHLC;
- Plano de Atividades e Orçamento 2016;
- Documentos de contratualização de produção para a Especialidade;
- Acesso à página do Centro Hospitalar onde se encontram diversos relatórios;
- Documentos diversos.

#### **7.4. Técnicas de recolha e análise de dados**

Considerando o momento da recolha e análise de dados uma etapa fundamental em qualquer investigação, neste estudo optamos por um método que tem sido muito utilizado nas ciências sociais e humanas, mas que, poderá ter de igual modo importância em outras áreas do conhecimento, como é o caso das ciências empresariais e na saúde pública.

A investigação colaborativa situa-se neste novo paradigma científico em que existe uma interação entre o investigador e outros intervenientes das organizações e das comunidades. Esta abordagem reveste-se de uma grande riqueza para este estudo, uma vez que existe uma interação profunda entre a direção da Especialidade e o investigador, sendo que, a investigação colaborativa não é um fim em si mesmo, mas uma forma e um meio para atingir determinado objetivo.

Segundo Boavida e Ponte (2002), uma investigação colaborativa é adequada quando diversos intervenientes trabalham conjuntamente, numa base de igualdade, sem ter em consideração a relação e hierarquias, de modo a haver uma ajuda mútua para a concretização de objetivos comuns e que todos beneficiem. Segundo esta abordagem, o estudo de investigação deve ser contextualizado na atividade normal de uma instituição com a qual é realizada a parceria de investigação e com os seus membros. Assim, a investigação não está desligada dos objetivos e da ação da instituição, mas procura integrar-se nas suas necessidades e dar resposta a problemas de investigação, numa perspetiva de *empowerment* (Boavida e Ponte, 2002).

No que respeita à recolha de dados foram seguidas algumas estratégias e potencialidades de uma investigação colaborativa. Segundo Boavida e Ponte (2002), a colaboração num contexto organizacional reveste um grande valor para a investigação e para o investigador, de acordo com os autores, quando várias pessoas trabalham em conjunto eleva-se o nível de sinergia, reforçando a determinação para ação, reúnem-se mais recursos e competências para realizar determinadas tarefas e criam-se sinergias que possibilitam uma reflexão e uma análise dos problemas com maior profundidade.

#### **7.4.1. Método da Investigação Colaborativa**

De modo a permitir gerar informação mais detalhada relativamente aos processos de gestão da Especialidade de Pedopsiquiatria, compreender em detalhe a instituição e a Especialidade em estudo, por forma a enquadrar, descrever, analisar e fazer o diagnóstico da Instituição/Especialidade e aferir a pertinência da adoção do BSC, bem como a definição dos objetivos estratégicos e indicadores para a Especialidade, foram realizados os seguintes procedimentos:

- Envolvimento da equipa de Direção da Especialidade para a temática em estudo, onde foram debatidos os objetivos da metodologia BSC, a sua utilidade e dificuldades inerentes;
- O levantamento de informação relevante da Especialidade, com os registos necessários das reuniões efetuadas e da observação direta e participante;
- Discussão de objetivos estratégicos para a Especialidade e possíveis indicadores a serem utilizados;
- Discussão de eventuais dificuldades na obtenção de dados e dos constrangimentos dos sistemas de informação para a obtenção de dados relevantes.

Efetuaram-se quatro reuniões entre os meses de março e abril de 2017, uma com o responsável pelo Planeamento, Análise e Controlo de Gestão do CHLC, e três reuniões com os participantes indicados no ponto 7.2. As reuniões tiveram lugar no Edifício D. Pedro V – 3 piso: Internamento Pedopsiquiatria – Hospital Dona Estefânia no Gabinete do responsável pela Especialidade de Pedopsiquiatria, sendo que cada reunião teve a duração média de 2 horas. Nestas reuniões foi utilizado um diário de bordo para posterior registo da informação relevante.

As reuniões de trabalho permitiram estudar a envolvente externa e interna da Especialidade de Pedopsiquiatria, bem como posicioná-lo estrategicamente no CHLC. Da análise da informação de gestão do domínio público bem como alguns documentos internos do CHLC (documentos não públicos), foi possível identificar as principais linhas estratégicas orientadores do CHLC, para o triénio 2017-2019, linhas estratégicas essas que serviram de base para a elaboração da proposta de BSC para a Especialidade.

#### **7.4.2. Inquérito por Questionário**

Um dos objetivos (específicos) deste estudo foi selecionar um conjunto de indicadores para cada uma das perspetivas do BSC de modo a que os mesmos contribuam para um bom funcionamento de um serviço de saúde mental infantojuvenil, permitindo assim uma melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde, aumentar a eficiência e qualidade dos serviços.

Dada a dificuldade em recolher indicadores validados para a área da saúde mental na literatura, nomeadamente, para uma área tão específica como é o caso da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, é imprescindível a colaboração e envolvimento de uma multiplicidade de profissionais que, pela sua experiência e conhecimentos na área, podem contribuir significativamente para o sucesso deste projeto de investigação. Deste modo, optou-se pela realização de um questionário para a seleção de um conjunto de indicadores inicialmente propostos.

##### **7.4.2.1. Aspetos gerais**

O método do inquérito por questionário foi um instrumento de recolha de dados que se escolheu por se tratar de uma técnica adequada para obter uma grande quantidade de informação e de uma forma célere (Marques, 2008).



O questionário teve por objetivo averiguar quais os indicadores que melhor se adequavam à Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência e que deveriam ser incluídos num BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE. Pretendeu-se também averiguar qual a predisposição das pessoas para a aplicação deste instrumento de gestão e qual o seu conhecimento sobre o mesmo.

Considerado a escassa literatura sobre a aplicação do BSC em serviços de saúde mental e saúde mental infantojuvenil e dado existirem uma multiplicidade de indicadores referenciados na literatura e aplicados em BSC de âmbito geral, consideramos que este instrumento permitirá gerar/extrair informação relevante para uma melhor perceção dos profissionais que trabalham nesta área da saúde mental em relação a este instrumento de gestão estratégica e permitirá retirar um conjunto de indicadores relevantes e necessários para avaliar um Serviço/Especialidade desta natureza.

#### **7.4.2.2. Participantes do Questionário**

A identificação e seleção dos participantes, depende do estudo em concreto, sendo que, em alguns casos o ideal é identificar um grupo multiprofissional, em outros casos um grupo mais homogéneo será o ideal

De forma a seleccionar indicadores a incluir num BSC para a Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, existe a necessidade de envolver neste processo, indivíduos que, pela sua experiência e conhecimentos nesta área, possam contribuir para a identificação e seleção de indicadores que permitam avaliar um serviço desta natureza. No campo da saúde mental, este processo implica envolver uma multiplicidade de profissionais de diferentes ramos (Médicos Psiquiatras, Pedopsiquiatras, Enfermeiros, Psicólogos, Administradores Hospitalares, Técnicos de Saúde). Também os utentes e seus familiares podem ser interveniente neste processo. Por razões de ordem prática e uma vez que se pretende validar um conjunto de indicadores para avaliar o desempenho de um serviço de saúde mental, o presente estudo implica um painel menos inclusivo, tendo sido considerando apenas os profissionais que atuam ao nível da gestão das organizações de saúde mental bem como os profissionais que prestam os cuidados de saúde. Assim, foram considerados para este exercício Médicos Psiquiatras, Médicos Pedopsiquiatras, Enfermeiros, Psicólogos e Técnicos de Saúde com experiência em saúde mental bem como Administradores Hospitalares.

### 7.4.2.3. Critério de inclusão dos participantes

Foram estabelecidos como condição de inclusão dos participantes, os que reúnam pelo menos um dos seguintes critérios: a) ser diretor/responsável por uma Especialidade ou departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de uma unidade de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS); b) ser diretor/responsável por uma Especialidade de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantojuvenil de uma unidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS); c) trabalhar ou ter trabalhado em serviços de saúde mental em unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), d) terem sido indicados por dois dos nossos informadores-chave<sup>8</sup>.

Deste processo de amostragem obteve-se uma lista de 88 participantes, a quem foi enviado o questionário. Cerca de 60% dos participantes da lista de participantes são médicos com especialidade em Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e Adolescência. Foram de igual modo enviados *e-mails* para as direções e secretarias de psiquiatria e saúde mental de diversos Hospitais, Unidades Locais e Saúde (ULS) do país, na tentativa de recolher mais participantes que respondessem ao questionário.

Dos 88 questionários enviados, 12 questionários não foram efetivamente entregues aos destinatários, uma vez que os endereços de correio eletrónico foram devolvidos (resposta automática do servidor), tendo sido considerados para este exercício 76 convites enviados e validados.

Responderam ao questionário 26 participantes (N=26), a que corresponde a uma taxa de resposta de 34,21%.

Respostas ao Questionário no período inicial e extraordinário		
	N =26	%
Prazo Inicial a)	22	84,62
Prazo Extraordinário b)	4	15,38
<b>Total</b>	26	100

N= Número de participantes,

a) de 26/06/2017 a 03/07/2017; b) de 03/07/2017 a 07/07/2017.

**Tabela 10** – Respostas ao questionário nos dois períodos

<sup>8</sup> Profissionais a quem solicitámos que nos indicassem nomes de profissionais que, pela sua experiência e conhecimento da Especialidade em estudo, pudessem dar credibilidade ao painel. Os informadores-chave são profissionais de reconhecido mérito nas funções que exercem enquanto médicos especialistas em saúde mental, diretores clínicos em serviços de saúde mental e professores universitários.

#### 7.4.2.4. Estrutura do Questionário

O questionário foi estruturado por diversas dimensões de análise de modo a obter informações relevantes para o desenvolvimento de todo o exercício. O questionário, foi constituído por perguntas gerais para a caracterização socioprofissional do participante, pela dimensão 1 – A importância do BSC como sistema de Gestão Estratégica, de modo a aferir o conhecimento da metodologia do BSC pelos participantes e pela dimensão 2 – Seleção de indicadores de desempenho para a especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, que pretendeu aferir a opinião dos participantes relativamente aos indicadores apresentados para cada uma das perspetivas do BSC. Os indicadores apresentados no questionário, resultaram do levantamento prévio de indicadores usados em casos de estudo de aplicação de metodologias BSC no setor da saúde em diversas áreas médicas, inclusive para a saúde mental (adultos). Foram propostos indicadores que melhor se aplicavam às áreas da saúde mental, com especial menção à saúde mental infantojuvenil.

O questionário foi constituído por 15 questões, sendo que as 7 primeiras questões eram de escolha múltipla e as restantes questões de matriz/avaliação em que foi pedido aos participantes que expressassem o seu grau de concordância/discordância relativamente a cada afirmação/indicador(es) apresentada(o)s, de acordo com uma escala tipo *Likert* de 7 pontos. A cada ponto correspondia um valor que ia desde 1 (Discordo Totalmente) até 7 (Concordo Totalmente). Foi também dada a possibilidade aos participantes de colaborarem e indicarem indicadores que considerassem relevantes e importantes para um serviço de saúde mental infantojuvenil e que não tivessem sido referidos e apresentados a discussão. Acrescentou-se um campo destinado à colocação de comentários e observações gerais.

Após a construção do questionário, não tendo sido realizado um pré-teste, o mesmo foi enviado a quatro profissionais com formação académica distinta (Medicina, Economia, Direito e Psicologia), alguns deles com cargos de chefia no setor público, com o objetivo de verificar a sua construção e se as instruções e os *ítems* eram claros e de fácil compreensão, tendo-se obtido no geral, aprovação do mesmo, tendo sido efetuadas pequenas correções de modo a tornar o questionário mais simples.

O questionário encontra-se disponível na íntegra no Apêndice B deste estudo.

#### 7.4.2.5. Procedimentos da aplicação do Questionário

Foi utilizada a modalidade de questionário eletrónico (*on-line*), tendo sido enviado aos participantes, via correio eletrónico, um convite a participarem no exercício, este convite foi acompanhado pelo respetivo questionário.

O questionário enviado aos participantes, foi elaborado com recurso ao *Software Survey Monkey®*, *software* este que permite a construção simples e de forma interativa de questionários e possibilita o envio de forma eletrónica dos questionários aos participantes. Solicitou-se aos participantes que nos remetessem os questionários preenchidos no prazo de uma semana após o respetivo envio (prazo inicial) tendo sido prorrogado o prazo por mais uma semana (prazo extraordinário). Findo esse período, a ronda foi dada como encerrada e procedeu-se à análise dos resultados.

Foram estabelecidos critérios e condições de consenso para classificar os resultados obtidos. Neste processo foram seguidos os critérios e condições de consenso sugeridos por James; Aitken e Burns citado por Sousa (2006, p.107), deste modo estabeleceu-se como critérios e condições de consenso a amplitude interquartil ser menor ou igual a 1 e a designação de “Indicador Consensual” a todos os indicadores em que se registasse um consenso em que a mediana fosse igual ou superior a 6.

Para a análise dos resultados dos questionários utilizou-se o *software* estatístico IBM SPSS® versão 22,0 e folha de cálculo Microsoft Office Excel ® 2013 para a construção e apresentação dos resultados em formato visual mais apelativo (Tabelas).

## 8. Ética na Investigação

---

*“ .... toda capacitação científica ou técnica precisa estar em conexão com os princípios essenciais da ética.” (Motta, 1984)*

### 8.1. Princípios éticos na investigação

Qualquer estudo de investigação de natureza científica ou académica envolve um conjunto de considerações éticas que temos de ter em consideração. Têm-se verificado uma crescente preocupação com as questões éticas relacionadas com a pesquisa científica versando diversas perspetivas sob o qual se estabelecem relações entre a ética e a produção de conhecimento.

Para Severino (2014) existe uma intrínseca ligação da dimensão ética com diversas dimensões que rodeiam a vida dos cidadãos em sociedade, nomeadamente a dimensão política e social. No domínio das ciências biomédicas têm-se verificado o aumento crescente de procedimentos científicos e legislação que asseguram a prática científica em estreito respeito à dignidade humana. No que se refere a práticas no âmbito académico e científico, existe uma preocupação crescente sobre as práticas em que a produção do conhecimento é realizada, sendo este um meio que, segundo Severino (2014) e Godoy (2005), está ameaçado pela invenção de dados, falsificação de resultados, comprometendo desta forma a validade e qualidade da produção de conhecimento. Todas estas questões relacionadas com as práticas no âmbito académico e científico bem como da investigação científica envolvendo a pessoa humana, envolvem diversos aspetos da dimensão ética e bioética para a investigação científica.

A ética assenta num conjunto de princípios e valores, englobando permissões e interdições que afetam a conduta dos indivíduos, sendo guiões de conduta subjacente à conduta humana. No presente estudo, foram acauteladas as questões éticas inerentes a um estudo desta natureza, designadamente, a garantia da proteção dos dados dos participantes, desenvolvido para este estudo e a garantia de que não existem conflitos de interesse na utilização dos dados obtidos.

De igual modo, foram tidos em consideração princípios bioéticos aplicados à saúde pública para a realização deste estudo, nomeadamente, o princípio da não maleficência, da autonomia e justiça (Beauchamp; Childress, citado por Schramm e Kottow, 2001).

### 8.1.1. Questões e implicações éticas do estudo

O protocolo de investigação foi apresentado e submetido à apreciação da Coordenação do XI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, tendo sido aprovado pela respetiva coordenação de curso.

Foi elaborada carta de apresentação e solicitação de colaboração no estudo ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E., (Apêndice A), solicitando autorização para a realização do estudo, dando a conhecer o objetivo do estudo e o âmbito da realização do mesmo. Foi obtido parecer favorável do CHLC para a realização do estudo em (03/11/2016), tendo o respetivo Centro Hospitalar demonstrado e assegurado todo o apoio para o desenvolvimento do estudo, desde a recolha de informação relevante para análise, reconhecendo desta forma a pertinência do estudo para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE.

Para a realização do estudo, foi realizada análise documental a alguns documentos institucionais do Centro Hospitalar, grande parte deles do domínio público, facilmente encontrados no *sítio* da página da *internet* do Centro Hospitalar e do HDE, os documentos de carácter confidencial e apenas disponíveis *intranet* para os colaboradores do Centro Hospitalar, a que tivemos acesso, permitiram ter uma leitura mais abrangente da forma como se organiza e se pensa estrategicamente os problemas e desafios do Centro Hospitalar para o futuro. No entanto, apenas foram divulgados dados e informação referentes à Especialidade objeto de estudo e ao Centro Hospitalar, que se encontram publicamente disponíveis em acesso aberto para o público em geral, mantendo desta forma, a integridade e confidencialidade da informação interna, estando em conformidade com a legislação em vigor para o acesso à informação dos hospitais.

No que respeita à aplicação do questionário para a seleção de indicadores a incluir num *Balanced Scorecard* “ideal” para a Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, tivemos em consideração a liberdade e autonomia dos “peritos” para exporem as suas opiniões e sugestões, sendo que todos os participantes que fizeram parte deste exercício, fizeram-no de forma voluntária e gratuita. Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos e âmbito da investigação e de como iria decorrer o exercício.

Os participantes convidados a responder ao questionário deram o seu consentimento através da participação voluntária no estudo. Foram acauteladas as medidas necessárias para garantir o anonimato e a confidencialidade da informação.

Na elaboração do questionário tivemos a preocupação de não incluir perguntas que pudessem identificar o participante, garantido assim o anonimato e a confidencialidade dos mesmos. As perguntas iniciais do questionário (dados biográficos) apenas permitiram caracterizar os participantes do exercício e serviram para fins meramente estatísticos. Não obstante os critérios de inclusão dos participantes, e dada a grande multiplicidade de profissionais a que o exercício se destinou, a identificação dos participantes é uma situação possível e previsível, no entanto, não é possível associar as respostas a determinado participante (sendo só possível ao investigador e orientadores do estudo). Deste modo, foi respeitada a privacidade, confidencialidade e restrição do acesso aos dados utilizados no decorrer do presente estudo.

Uma vez que a informação recolhida e analisada não envolveu a análise de processo clínicos de doentes nem foi aplicado qualquer tipo de instrumento de recolha de dados a doentes, não foi solicitado parecer às Comissões de Ética do Centro Hospitalar em causa bem como à Comissão Nacional de Proteção de Dados. Importa referir que, não houve qualquer tipo de conflito de interesses na utilização dos dados. O interesse primário do estudo e da aplicação do questionário foi produzir conhecimento sustentando relativamente a indicadores de desempenho para a Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.





## 9. Caracterização da Especialidade de Pedopsiquiatria

---

*“A saúde é conservada pelo  
conhecimento e observação do próprio corpo.”*

**Cícero (Filósofo, Político)**

### 9.1. O Hospital Dona Estefânia, EPE.

A história do Hospital Dona Estefânia (HDE) remonta aos anos de 1860, altura em que foi ordenada a sua construção pela Rainha Dona Estefânia, mulher de D. Pedro V, tendo sido concluída a sua edificação em 1877<sup>9</sup>. A história deste hospital está intrinsecamente ligada e é um marco na história da Pediatria em Portugal, sendo nos dias de hoje uma referência nos cuidados de saúde pediátricos, assumindo-se um dos principais hospitais pediátricos nacionais. Localizado em Lisboa, na freguesia de Arroios, é a unidade de referência em pediatria para a zona sul do país e ilhas, tendo inclusivamente a Acreditação Total pelo *Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS)*<sup>10</sup>.

É um hospital especializado no atendimento materno-infantil integrado no CHLC, anteriormente designado como Hospitais Cíveis de Lisboa (HCL). Está previsto o seu encerramento em 2019 e a transferência de serviços e funcionários para o futuro Hospital de Lisboa Oriental, no Parque da Bela Vista, em Chelas.

Atualmente o HDE é um dos pólos do CHLC, especializado em saúde materno-infantil, oferecendo uma vasta gama de cuidados de saúde a crianças e adolescentes, como às suas mães, tanto nas especialidades médicas como cirúrgicas.

### 9.2. A especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia

A Especialidade de Pedopsiquiatria, integrado na Área da Mulher, Criança e Adolescente, é assegurado pelo HDE, funcionando ininterruptamente 24 horas por dia, 365 dias por ano, assegurando a prestação de cuidados de saúde em múltiplas valências, onde se incluem o Hospital de Dia, Consulta Externa, Consulta de Crise,

---

<sup>9</sup> A história do Hospital Dona Estefânia pode ser consultada com maior detalhe na Biblioteca deste Hospital e na Biblioteca do Hospital S. José onde se encontra disponível uma vastíssima obra literária versando a história e evolução do mesmo, bem como no site institucional do hospital em linha <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=387> [ Cons. 04 Mar 2017]

<sup>10</sup> O *Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS)* – Reino Unido, é uma entidade com reputação na acreditação de hospitais. A obtenção desta acreditação pelo Centro Hospitalar é o reconhecimento de um processo de melhoria sistemática dos processos e excelência das unidades prestadores de cuidados de saúde, com enfoque no compromisso e garantia de serviços de qualidade assistencial à população que abrange. Salienta-se que o CHLC é detentor desta acreditação em todas as suas unidades.

apoio à Urgência Pediátrica e Internamento, em diversas áreas de intervenção e diferenciação técnico-científica, desde logo, o acolhimento, diagnóstico e tratamento nos problemas de saúde mental das crianças e jovens até aos 18 anos inclusive, bem como o acompanhamento das suas famílias.

Na Tabela 11 é apresentado as diversas áreas de diferenciação técnica bem como a unidade de acolhimento a ela associada:

Área de Diferenciação Técnica	Unidade de Acolhimento
Psiquiatria do Bebê (até aos 4 anos) - Consulta de Bebês irritáveis - Consulta de Bebês Silenciosos	Unidade da Primeira Infância
Crianças de Idade Escolar (dos 4 aos 12 anos)	Clínica do Parque Clínica da Encarnação
Adolescentes (dos 13 aos 18 anos)	Clínica da Juventude
Unidade de Internamento	Hospital Dona Estefânia
Hospital de Dia para Crianças em Idade Escolar	Clínica do Parque
Hospital de Dia para Adolescentes	Clínica da Juventude
Urgência permanente de apoio à Urgência Pediátrica	Hospital Dona Estefânia

**Tabela 11** – Áreas de diferenciação técnica e respetivas unidades de acolhimento – Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

**Fonte:** Adaptado do *Site* Institucional do HDE

A área predominante de atuação da Especialidade situa-se ao nível dos cuidados hospitalares, integrados num centro hospitalar de última linha de prestação de cuidados (assegura uma diversidade de especialidades médicas e cirúrgicas), com capacidade para atender a totalidade das situações clínicas relacionadas com as patologias e perturbações mentais nas crianças e adolescentes. É uma Especialidade altamente diferenciada, sendo que, para além da função assistencial tem função de investigação científica, de ensino e ligação a instituições de ensino (universidades e centros de investigação). Para além disso, tem como valores basilares a promoção e educação para a saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação do doente.

A Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE desenvolvem ainda a sua ação de complementaridade com outros níveis de prestação de cuidados e estruturas de apoio existente na comunidade, nomeadamente, estruturas pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao setor social e privado. Para tal, são estabelecidos protocolos, parcerias e contratos, seja com entidades e organizações públicas, seja com serviços que operam no setor privado.

Na Tabela 12 é apresentada a localização das unidades de acolhimento em função da unidade de acolhimento para onde são encaminhadas as crianças e adolescentes, em função da natureza dos cuidados de saúde que necessitam.

Unidade de Acolhimento	Localização
Unidade da Primeira Infância	Bairro da Encarnação, Lisboa
Clínica do Parque	Pavilhão Novo do Parque de Saúde de Lx
Clínica da Encarnação	Bairro da Encarnação, Lisboa (Olivais) Lx
Clínica da Juventude	Pavilhão 34 do Parque de Saúde de Lx
Hospital Dona Estefânia	Rua Jacinta Marto, Lisboa

**Tabela 12** – Localização das unidades de acolhimento em função da unidade de acolhimento  
**Fonte:** Adaptado do Site Institucional do HDE

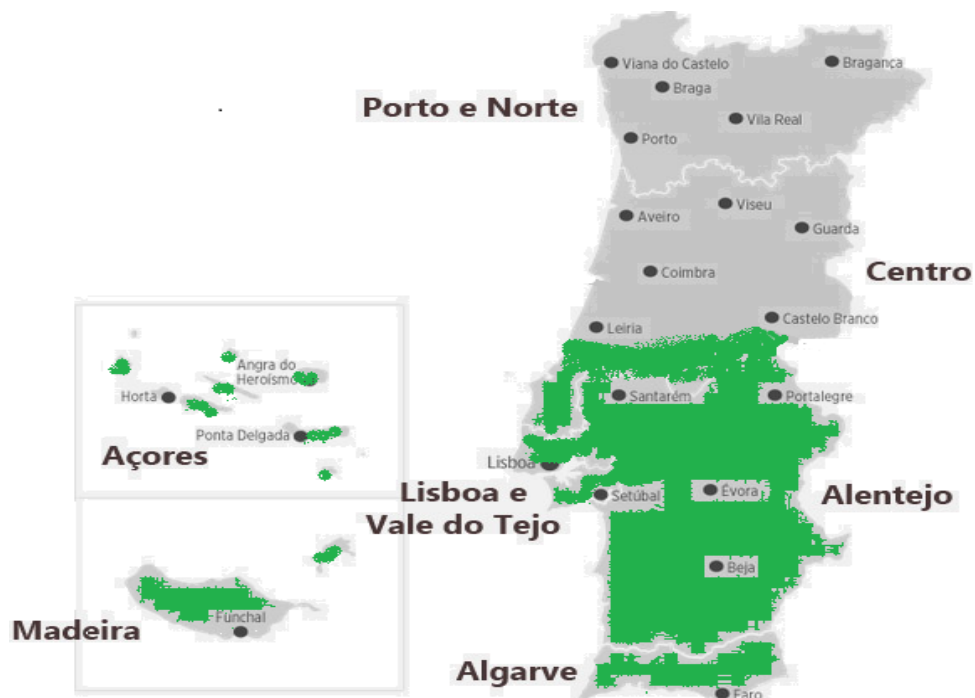
No que diz respeito à sua área de influência, a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, assegura os cuidados de saúde mental à população alvo desta especialidade médica (dos 0 aos 18 anos, inclusive), distribuídos pelas diversas unidades de acolhimento, para as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, incluindo as Regiões Autónomas da Madeira e Açores. Sendo o HDE uma unidade hospitalar de última linha na prestação de cuidados de saúde, a Especialidade está dotado de técnicos altamente qualificados que asseguram a assistência médica e acompanhamento de elevada qualidade aos seus utentes.

No entanto, existe uma estreita ligação e comunicação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde, externas ao CHLC, nas áreas da pediatria e das neurociências para um melhor acompanhamento e reorganização dos serviços de saúde.

É de realçar a reformulação profunda que o CHLC tem feito na sua estrutura organizativa, com a introdução de um novo conceito de “Área Funcional”, apesar de não estar ainda finalizada esta transformação, por se tratar de um processo que requer um período de adaptação e com obstáculos práticos inerentes a este tipo de processos. No decorrer deste processo, foram criadas duas áreas funcionais, Anestesiologia e Blocos Operatórios e Mulher, Criança e Adolescente (onde se integra a Especialidade de Pedopsiquiatria). Ao nível estratégico este processo configurará vantagens muito positivas, no que respeita à otimização de recursos, instalações, bem como agilizar o processo de comunicação entre as especialidades e a coordenação das áreas funcionais, e destas com a gestão de topo. Nesse sentido, é expectável que a

comunicação interna entre os diversos níveis de gestão seja facilitado e que promova a difusão da estratégica a nível operacional.

Na Figura 8 é apresentado a sombreado verde a área de influência da Especialidade de Pedopsiquiatria por regiões. Como podemos verificar esta Especialidade garante cuidados de saúde de última linha a grande parte do território nacional, como nas Regiões Autónomas.



**Figura 8:** Área de Influência da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

**Fonte:** Elaboração própria

## 10. Apresentação de Resultados

---

*“Sejam quais forem os resultados  
com êxito ou não, o importante é que no final  
cada um possa dizer: 'fiz o que pude'.”*

**Louis Pasteur (Biólogo)**

### 10.1. Resultados gerais das reuniões de trabalho

Estas reuniões permitiram fazer a análise da situação atual da Especialidade, sua organização e modelo de funcionamento, suas necessidades (recursos materiais e financeiros), bem como explorar as potencialidades de melhoria a médio-longo prazo.

Em linhas gerais, como resultados das reuniões e da análise documental efetuada a diversos documentos do domínio público do HDE e do CHLC, foi possível obter informação útil para a conceção de uma proposta (projeto piloto) de BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE.

Estes resultados permitiram:

- a) Realizar uma análise SWOT para a Especialidade de Pedopsiquiatria (identificando os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças);
- b) Posicionar estrategicamente a Especialidade de Pedopsiquiatria, definindo a missão, visão, objetivos, princípios e valores para a Especialidade;
- c) Identificar as principais linhas estratégicas para a Especialidade de Pedopsiquiatria;
- d) Identificar os principais fatores críticos de sucesso para a Especialidade de Pedopsiquiatria;
- e) Definir objetivos estratégicos para cada uma das perspetivas do BSC de modo a contribuírem para um bom funcionamento da Especialidade de Pedopsiquiatria.
- f) Analisar a oferta de serviços de saúde assegurados pela Especialidade de Pedopsiquiatria por forma a suprir as necessidades dos utentes.

Os resultados obtidos estão concretizados no Anexo I deste estudo, que se configura na proposta de BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE.

## 10.2. Resultados do Questionário

Não obstante o complexo processo de seleção de indicadores a incluir no BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE ter sido discutido nas reuniões com a equipa da Especialidade, um dos objetivos (específicos) deste estudo foi selecionar indicadores para a área da saúde mental infantojuvenil uma vez que se pretendia ter a opinião de profissionais ligados à área da saúde mental com conhecimento da realidade com que estas unidades funcionam, de modo a selecionar indicadores que, na ótica dos profissionais destes serviços se enquadravam melhor e eram os mais indicados.

### 10.2.1. Caracterização dos participantes

No que respeita às idades dos participantes, 13 participantes (50,00%) têm idades compreendidas entre os 45 e os 59 anos de idade, 7 participantes (26,92%) com idades compreendidas entre os 30 e os 44 anos, 5 participantes (19,23%) têm idade superior a 60 anos (Tabela 13).

Idade (anos) dos participantes		
	N	%
18 - 29 anos	1	3,85
30 - 44 anos	7	26,92
45 - 59 anos	13	50,00
Acima dos 60 anos	5	19,23
<b>Total</b>	26	100

N= Número de participantes

**Tabela 13** – Idade em anos dos participantes do Questionário

No que respeita ao género do participante, verifica-se que 53,8% (14 participantes) são do sexo feminino contra 46,2% (12 participantes) do sexo masculino.

No que respeita às habilitações académicas/literárias dos participantes, podemos verificar (Tabela 14) que a formação académica dos participantes é muito variada, no entanto, destaca-se a formação especializada com 34,62%, correspondendo a 9 participantes.

Habilitações Literárias		
	N	%
Licenciatura	8	30,77
Mestrado	6	23,08
Especialização/Pós-Graduação	9	34,62
Doutoramento	3	11,54
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

N= Número de participantes

**Tabela 14** – Habilitações Literárias dos participantes do Questionário

No que respeita à carreira profissional desenvolvida pelos participantes, podemos verificar (Tabela 15) que 42,31% dos participantes são médicos com especialidade em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, correspondendo a 11 participantes. Na opção “Outros”, um dos participantes é médico interno em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, outro participante é fisioterapeuta e outro administrador de uma unidade de saúde. Salienta-se a participação de médicos psiquiatras e psicólogos a contribuírem para o estudo.

Carreira profissional exercida		
	N	%
Médico especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência	11	42,31
Médico especialista em Psiquiatria	4	15,38
Enfermeiro/a	2	7,69
Psicólogo/a	5	19,23
Administrador Hospitalar	1	3,85
Outro (especifique)	3	11,54
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

N= Número de participantes

**Tabela 15** – Carreira profissional exercida pelos participantes do Questionário

No que respeita aos cargos desempenhados pelos participantes, sendo possível um participante deter mais que um cargo, verificamos (Tabela 16), que os participantes possuem uma diversidade muita grande de cargos profissionais que ocupam, sendo grande parte deles coordenadores de unidades/serviços e profissionais de saúde. Conta também com 3 Diretores de Serviço e 3 Professores Universitários. Em outros cargos, (5 participantes) referem que desempenham cargos de administrador, gestor de projeto, médico interno e dois participantes são psicanalistas e psicoterapeutas.

<b>Cargos desempenhados pelos participantes</b>	
	N
Diretor de Serviço	3
Direção Clínica	1
Coordenação Serviços	8
Profissional de Saúde	7
Administrador Hospitalar	1
Professor Universitário	3
Outros Cargos *	5

**Tabela 16** – Cargos desempenhados pelos participantes do Questionário

Atendendo à Lei de Bases da Saúde (LBS), na sua Base XXVII (Administrações Regionais de Saúde), foram previstas as 5 regiões de saúde enunciadas pelo presente diploma, região Norte (sede no Porto); Centro (sede em Coimbra); Lisboa e Vale do Tejo (sede em Lisboa); Alentejo (sede em Évora) e Algarve (sede em Faro). No que respeita à zona geográfica dos participantes, 22 participantes (84,62%) encontram-se localizados na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, seguido da região Norte, com 3 participantes (11,54%) e a região Centro com 1 participante (3,85%). Não foram recebidos, nem validados qualquer questionário de participantes da região de saúde do Alentejo e do Algarve (Tabela 17).

<b>Zona Geográfica do Participante</b>		
	N	%
Norte	3	11,54
Centro	1	3,85
Lisboa e Vale do Tejo	22	84,62
Alentejo	0	0
Algarve	0	0
<b>Total</b>	26	100

N= Número de participantes

**Tabela 17** – Zona geográfica dos participantes do Questionário

### 10.2.2. Dimensão 1: A importância do BSC como Sistema de Gestão Estratégica

Quando questionados os participantes sobre o instrumento de gestão estratégica *Balanced Scorecard*, nomeadamente à questão 7: Já teve ou tem conhecimento deste instrumento de gestão estratégica? Os resultados foram os seguintes (Tabela 18):



<b>Já teve ou tem conhecimento do instrumento de gestão estratégica BSC?</b>		
	N	%
Sim	9	36,00
Não	16	64,00
<b>Total Respostas Válidas</b>	25	100
Ausência de Resposta	1	

**Tabela 18** – Conhecimento dos participantes sobre o *Balanced Scorecard*

Mais de metade dos participantes (64%) não tem conhecimento deste instrumento de gestão estratégica, sendo que, apenas 9 dos participantes (36%) tem ou já tiveram conhecimento deste instrumento de gestão estratégica. Um dos participantes não respondeu a esta questão.

Quando questionados os participantes (questão 8), que tem ou já tiveram conhecimento deste instrumento de gestão estratégica (N=9), conforme Tabela 19, se o BSC pode ser um instrumento de gestão estratégica importante para um serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, verifica-se que:

<b>Resultados Síntese – Medidas de Tendência Central</b>	
N= 9 (participantes que responderam (Sim) à questão 7)	9
Média	6
Mediana	6
Mínimo	4
Máximo	7

**Tabela 19** – Resultados Síntese: Medidas de tendência central (questão 8)

Foi registado um mínimo correspondente à posição 4 da escala de *Likert* (Não Concordo, Nem Discordo) e um máximo correspondente à posição 7 da escala de *Likert* (Concordo Totalmente). Atingiu-se um nível de consenso (mediana) entre os participantes na posição 6 da escala de *Likert* a que corresponde a (Concordo). Deste modo, os participantes do exercício, entendem que o BSC pode ser um instrumento importante para um serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Três participantes concordam totalmente com a afirmação colocada, correspondendo à posição 7 da escala de *Likert* (máximo observado).

Quando questionados os participantes, quanto ao grau de concordância que atribuem a cada uma perspetiva do BSC, verifica-se que, foi registado um mínimo correspondente à posição 3 da escala de *Likert* (Discordo) para a perspetiva dos Processo Internos e um máximo correspondente à posição 7 da escala de *Likert* (Concordo Totalmente)

registado em todas as perspetivas do BSC. Atingiu-se um nível de consenso (mediana) entre os participantes na posição 6 da escala de *Likert* a que corresponde a (Concordo), para as perspetivas de Inovação e Aprendizagem, perspetiva dos Processos Internos e para a perspetiva Financeira/Orçamental. Para a perspetiva do Utente, atingiu-se um nível de consenso entre os participantes na posição 7 da escala de *Likert* a que corresponde a (Concordo Totalmente).

De um modo geral, os participantes do exercício, atribuem importância e concordam com as perspetivas do BSC, sendo que a perspetiva do Utente é aquela que reúne maior consenso entre os participantes (Tabela 20).

Perspetiva do BSC	Inovação e Aprendizagem a) <sup>12</sup>	Processos Internos b) <sup>13</sup>	Utente c) <sup>11</sup>	Financeira Orçamental d) <sup>14</sup>
N= 9 (participantes que responderam sim à questão 7)	9	9	9	9
Mediana	6	6	7	6
Mínimo	4	3	4	5
Máximo	7	7	7	7

**Tabela 20** – Nível de consenso registado para as perspetivas do BSC

Quando questionados os participantes sobre o uso de indicadores, como unidades de medição que permitem acompanhar e avaliar de forma periódica, as variáveis consideradas importantes numa organização e a sua importância para avaliar um serviço de saúde mental, obtiveram-se os seguintes resultados (Tabela 21):

<b>Resultados Síntese - Medidas de Tendência Central</b>	
N= 26 (ausência de resposta 2)	24
Média	6
Mediana	6
Mínimo	4
Máximo	7

**Tabela 21** – Resultados Síntese: Medidas de tendência central (questão 10).

<sup>11</sup> Procura responder à problemática da satisfação do utente e do acesso aos cuidados de saúde;

<sup>12</sup> Procura o desenvolvimento do capital, humano, técnico e organizacional;

<sup>13</sup> Procura identificar os processos internos da Especialidade, considerados essenciais para o cumprimento dos objetivos estratégicos;

<sup>14</sup> Procura responder à problemática efetividade da utilização dos recursos disponíveis e à sua utilização eficaz e eficiente.

Foi registado um mínimo correspondente à posição 4 da escala de *Likert* (Não Concordo, Nem Discordo) e um máximo correspondente à posição 7 da escala de *Likert* (Concordo Totalmente). Atingiu-se um nível de consenso (mediana) entre os participantes na posição 6 da escala de *Likert* a que corresponde a (Concordo). Deste modo, os participantes, entendem que os indicadores são essenciais para avaliar um serviço de saúde mental. Dos 24 participantes que responderam à questão, 12 concordam com a afirmação, sendo que, 7 dos participantes concordam totalmente com a afirmação, correspondendo à posição 7 da escala de *Likert* (máximo observado).

### 10.2.3. Dimensão 2: Seleção de Indicadores de Desempenho para a Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Para esta dimensão do questionário foi solicitado aos participantes que atribuissem de acordo com uma escala de *Likert* de 7 pontos, o grau de concordância com os indicadores propostos (por perspetiva) para um Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Inicialmente foram colocados à apreciação dos participantes 43 indicadores recolhidos previamente com base na literatura revista. Os indicadores enquadram-se na tipologia de Serviço objeto de estudo. De seguida são apresentados os resultados obtidos para os indicadores no que respeita ao grau de consenso obtido em cada um dos indicadores, tendo por referência os níveis de consenso registados para cada nível de mediana (Tabela 22):

Mediana *	Indicador
6	Atividades de Formação por colaborador
6	Projetos de Investigação desenvolvidos pela Especialidade
6	Publicações e comunicações científicas
6	Representações em Congressos/Seminários Nacionais e Internacionais
6	Número de médicos a realizarem o internato médico da Especialidade
6	Protocolos celebrados entre o Hospital e outras instituições
6	Alunos a realizar estágio no serviço (não médicos)
6	Rácio médico especialista por n.º de internos
6	Índice de Satisfação do colaborador
6	N.º de dias de internamento após alta clínica
6	% de reinternamentos e 30 dias, na mesma GCD
6	Taxa de readmissão da urgência dentro das 72 horas (na urgência)
6	Doentes Saídos
6	Primeiras Consultas
6	Consultas Externas Subsequentes
6	Sessões em Hospital de Dia
6	Episódios de Urgência

6	Suicídio durante o Internamento
6	% de utentes com melhoria clínica
6	% de utentes com melhoria no grau de funcionalidade
6	Consultas desmarcadas a pedido do utente
6	Faltas dos Utentes à consulta
6	Tempo de espera por vaga no internamento programado
6	Tempo médio de espera para a 1.ª consulta de acordo com o CTH
6	Sugestões recebidas
6	Satisfação com os serviços (Aplicação Internamento e Hospital de Dia)
6	Custos com o pessoal
6	Custo unitário por doente
<hr/>	
5	Consultas desmarcadas pela Especialidade
5	Taxa de Ocupação
5	Demora Média de Internamento
5	% de utentes saídos c/ duração internamento acima do limiar máximo
5	Taxa de Abandono
5	Internamento Compulsivo
5	Alta contra parecer médico
5	Ocorrência de tentativas de agressão, autoagressão e automutilação
5	Taxa de Mortalidade
5	% primeiras consultas médicas no total de consultas médicas
5	% consultas externas médicas c/ alta no total consultas externas médicas
5	Reclamações recebidas por doente saído
5	Custos com produtos farmacêuticos (medicamentos)
5	Custos totais diretos da Especialidade
5	Custos com material de consumo clínico

\* Mediana (6) - "Concordo";

Mediana (5) – "Concordo Parcialmente".

**Tabela 22** – Grau de consenso obtido em cada um dos indicadores propostos

Não foram registados graus de consenso nos indicadores para mediana (7) - "Concordo Totalmente"; mediana (4) - Não Concordo, nem Discordo; mediana (3) - Discordo; mediana (2) – Discordo Parcialmente e para mediana (1) – Discordo Totalmente. De uma forma geral e atendendo aos resultados obtidos obteve-se no geral um consenso elevado no que respeita à importância e concordância para os indicadores apresentados a discussão. Os indicadores que obtiveram resultados com mediana igual ou superior a 6 demonstram uma concordância positiva entre os participantes. Embora os indicadores tenham sido previamente apresentados aos participantes, demos a possibilidade de os participantes indicarem possíveis indicadores que considerassem relevantes para incluir num BSC para um serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Para a perspetiva de Inovação e Aprendizagem, 1 (um) participante sugeriu os seguintes indicadores: a) N.º de ações de formação internas; b) N.º de profissionais a frequentar formação pós-graduada; c) Projetos de melhoria da qualidade assistencial desenvolvidos. Para a perspetiva do Utente o mesmo participante referido supra sugeriu os seguintes indicadores: a) % de consultas desmarcadas pela Especialidade; b) Tempo médio de espera para consulta remarcada. Um participante sugere que na avaliação do utente deve ser também aplicado no ambulatório.

Destacam-se os seguintes comentários gerais obtidos por parte de dois participantes: *“considero relevante desenvolver indicadores dos resultados esperados dada a especificidade da intervenção nesta área da medicina e a sua crónica falta de recursos”*; *“alguns indicadores terão que ser apreciados com a devida contextualização”*.

De referir que os indicadores propostos pelos participantes e as sugestões foram tidas em conta para a elaboração da proposta de BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE. Este questionário permitiu avaliar o conhecimento dos participantes no que respeita ao instrumento de gestão estratégica, BSC, bem como auxiliar a seleção de indicadores a integrarem o BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE. Atendendo ao objetivo pretendido com este questionário, à natureza das variáveis utilizadas (natureza qualitativa) e dado que a amostra (número de participantes) é reduzida, optou-se por não realizar testes estatísticos (não paramétricos), uma vez que as diferenças que se poderiam obter não seriam estatisticamente significativas (para um  $p \leq 0.05$ ) e um N=26. (Testes não efetuados, sujeito a confirmação em SPSS).



## 11. Discussão dos Resultados

---

*“Tudo deve ser discutido. Sobre isso não há discussão.”*

**Pitigrilli (Escritor)**

### 11.1. Considerações sobre os Resultados

Os resultados obtidos neste estudo, tiveram como principal objetivo a elaboração de uma proposta de BSC, ajustada às necessidades da Especialidade de Pedopsiquiatria e dos seus utentes, de modo a permitir melhorar o seu desempenho e auxiliar a gestão de topo na tomada de decisão, auxiliar na prossecução da efetividade da atividade clínica, melhorar os níveis de eficiência e de satisfação do utente e das suas necessidades, bem como dos colaboradores da Especialidade.

Das reuniões de trabalho realizadas é notória a real necessidade de dotar a Especialidade de meios humanos, técnicos e financeiros necessários à persecução da missão da Especialidade e do CHLC. Verifica-se também, um aumento crescente de procura dos cuidados de saúde mental infantojuvenis, indo de encontro às taxas de prevalência de doenças e perturbações mentais na infância e adolescência (Encarnação et al., (2011); Marques et al., (2009), Santos, (2015), nas diversas valências da Especialidade. No que respeita ao internamento, em 2015, a Especialidade de Pedopsiquiatria registou uma variação de 15,1 pontos percentuais de doentes saídos face a 2014. No que respeita ao número de consultas externas realizadas em 2015, estas também tiveram uma variação positiva de 4,3% face a 2014, correspondendo a 19 057 consultas externas (Relatório de Contas de 2015 do CHLC).

A análise documental e as reuniões de trabalho permitiram fazer um enquadramento inicial da Especialidade, avaliar a sua situação atual de modo a estruturar todo o processo de elaboração do BSC, definir os determinantes e pressupostos que iriam suportar toda a base e estrutura do BSC. Deste modo, e tendo presente as linhas orientadores e estratégicas do CHLC, foi possível elaborar a análise SWOT para a Especialidade de Pedopsiquiatria (identificando os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças), instrumento essencial para a gestão estratégica (Russo e Martins, 2004; Santos, 2008); definir os pilares essenciais de toda a estrutura do BSC (missão, visão, objetivos, princípios e valores para a Especialidade), elementos imprescindíveis para a estrutura do BSC (Kaplan e Norton, 1996a, 1996a, 1997, 2001a; Pinto, 2009 ; Niven, 2006; Carvalho e Filipe, 2014); identificar as principais linhas estratégicas para a Especialidade de Pedopsiquiatria (tendo presente os eixos estratégicos do CHLC);

identificar os principais fatores críticos de sucesso para a Especialidade, definir objetivos estratégicos para cada uma das perspectivas do BSC, elaborar o mapa estratégico para a Especialidade, dada a importância que o mesmo tem no apoio à gestão estratégica (Jordan; Neves e Rodrigues, 2007; Ribeiro, 2008; Kaplan e Norton, 2000; Pinto, 2009) bem como explorar novas oportunidades para a Especialidade.

A análise SWOT realizada para a Especialidade, a definição de objetivos estratégicos e linhas de ações, pretendem criar uma imagem do que é a Especialidade de Pedopsiquiatria e deverá ser a base para uma discussão com o Conselho de Administração e a gestão intermédia, com o objetivo de suprir eventuais falhas e propor melhorias para a Especialidade.

Os hospitais são instituições complexas no seu sistema produtivo bem como administrativo (Costa, 2005), e sendo o CHLC, um centro hospitalar que agrega diversos hospitais, comunicação da estratégia pode ser uma questão problemática, no entanto, a criação do conceito de “área funcional” e de forma como ela está sendo estruturada poderá convergir num ponto essencial para ajudar a divulgar a estratégia e a possibilitar uma melhor comunicação entre os diferentes níveis de gestão.

Com base nos dados obtidos pelo questionário, verificou-se que a maioria dos participantes (16 participantes, N=26) não tem conhecimento sobre o BSC, sendo que, a probabilidade das organizações de saúde onde estes participantes colaboram também não terem este instrumento de gestão estratégica implementado nas suas organizações. Este resultado não diferente muito dos resultados obtidos por Costa (2012), em que, de numa amostra de 37 hospitais, só 10,8% utilizam o BSC como instrumento de apoio à gestão e à estratégia.

No entanto quando questionados os participantes (que tem conhecimento sobre a filosofia do BSC, n= 9), 7 participantes consideram que o BSC pode ser um instrumento importante para a Psiquiatria da Infância e da Adolescência, 3 deles concordam totalmente com a afirmação, sendo que, e apesar da inexistência de um sistema de avaliação de desempenho com as características do BSC implementado nas unidades de saúde, verifica-se uma grande sensibilidade, por parte dos participantes bem como da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE para as questões associadas à utilização de instrumentos de gestão e apoio à gestão estratégica, nomeadamente para a introdução de instrumentos de controlo e gestão estratégica como é o caso BSC.



No entanto, e tendo em conta que a amostra do exercício é de dimensão reduzida, e a literatura versando a aplicação do BSC em áreas estão especificadas como é o caso da saúde mental, mais concretamente para a saúde mental infantojuvenil ser escassa não demonstrando resultados concretos da aplicação desta metodologia de gestão estratégica nas organizações de saúde, não poderemos retirar conclusões que sustentem a tese de que o BSC pode ser um instrumento importante para a saúde mental infantojuvenil.

Face ao exposto, importa salientar que o processo de adoção e implementação do BSC, nos hospitais portugueses, enfrenta, naturalmente, várias limitações, nomeadamente a resistência à mudança, que dificulta qualquer tipo de reforma na administração pública, a falta de conhecimento por parte dos colaboradores sobre instrumentos de gestão estratégica disponíveis e que ajudam as organizações a melhorar os seus resultados, o foco primordial na resolução de problemas de curto prazo, em detrimento de uma atuação mais estratégica e de médio-longo prazo, o tempo despendido e a dedicação que um processo desta natureza envolve, uma fraca ligação entre o BSC e o sistema de recompensas e a ideia ainda muito frequente ligada a perceção de que o BSC tem um carácter punitivo. Nesse sentido, ainda existem algumas barreiras a ser ultrapassadas, todavia é positiva a predisposição demonstrada pelos participantes do questionário e pela Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE na implementação do BSC.

Quando analisado o grau de consenso dos participantes em torno das perspetivas do BSC, verifica-se que para as 4 perspetivas do BSC apresentadas<sup>15</sup>, um elevado grau de concordância, tendo a perspetiva dos Utentes obtido uma mediana igual a 7 (Concordo Totalmente), evidenciando que é a perspetiva que os participantes atribuem mais importância. Esta é também a linha orientadora da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, atribuindo maior importância a esta perspetiva.

A produção assistencial com qualidade, a melhoria contínua da atividade assistencial, a resposta atempada e adequada, bem como a satisfação dos utentes e colaboradores da Especialidades são os aspetos que ganham maior relevância para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE. A questão financeira/orçamental, é importante para a persecução da missão e objetivos, porém é um meio para atingir esses objetivos.

---

<sup>15</sup> Embora as perspetivas definidas para o serviço de Pedopsiquiatria não sejam exatamente as originais propostas por Kaplan e Norton (1992, 1996a), no entanto elas tendem a convergir para o modelo inicial e asseguram os princípios inerente a cada perspetiva enunciada por Kaplan e Norton (1992, 1996a).

Ribeiro (2008) refere que as questões financeiras representam uma limitação e não um objetivo em si mesmo, quando nos referimos às instituições prestadoras de cuidados de saúde. Na Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, cerca de 80% dos custos são com os recursos humanos, sendo que, o consumo de recursos materiais como o material clínico e produtos farmacêuticos (medicamentos) tem um custo muito inferior em relação a outras áreas clínicas. A Pedopsiquiatria do HDE pauta a sua ação terapêutica (com sessões individuais e/ou coletivas), recorrendo a terapias não invasivas, como o caso da psicoterapia, psicologia, terapia ocupacional, recorrendo-se em último caso e em situações em que a situação clínica do utente o exija a iniciação de tratamento por via medicamentosa.

Para a seleção dos indicadores a incluir no BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, optamos por realizar o inquérito por questionário. No entanto poderia ter sido adotada outra técnica geradora de consenso, como por exemplo a Técnica de Grupo Nominal, método de Delphi, no entanto, confrontado as vantagens e desvantagens de cada uma das técnicas optamos pelo recurso ao questionário.

No que respeita aos indicadores, existe uma grande panóplia de indicadores utilizados em BSC para a área da saúde. Foram apresentados 43 indicadores aos participantes do questionário, que poderiam ter aplicabilidade em serviço de saúde mental, sendo que, 28 indicadores obtiveram uma mediana igual a 6, a que corresponde a “concordo”. No entanto, alguns dos indicadores, não se adequaram à realidade da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, como é o caso do indicador “N.º de suicídios durante o internamento”, tendo sido, excluído e não integrou o BSC para a Especialidade. Os indicadores foram analisados individualmente e foram selecionados os indicadores que melhor se adequavam aa Especialidade, atentando à sua missão e objetivos estratégicos.

O número de indicadores propostos para o BSC da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, (28 indicadores) não se afasta do limiar de indicadores considerados pela literatura como uma quantidade razoável, conforme refere Kaplan e Norton (2001b); Ittner e Larcker (1998) e Niven (2003, 2006).

Após construção da estrutura conceptual do BSC, através da definição das perspetivas, objetivos estratégicos considerados fundamentais para a concretização da estratégia, seleção dos indicadores de desempenho e das relações causa-efeito que se estabelecem entre os objetivos e os indicadores, foi possível elaborar o mapa

estratégico. O mapa apresentado tem por objetivo focar, alinhar e operacionalizar a execução da estratégia (Kaplan e Norton, 2000). As relações de causa-efeito entre as perspetivas e os objetivos, após validadas, possibilitarão a medição do processo de criação de valor. As relações de causa-efeito entre os objetivos e os indicadores carecem de ser testadas e validadas, tendo sido estabelecidas com base nos seguintes pressupostos:

- a) a validação das relações causa efeito só é viável após a implementação do BSC;
- b) a validação das respetivas fichas individuais dos indicadores deve ser aprovada pela Especialidade de Pedopsiquiatria e pelo Conselho de Administração do CHLC;
- c) Durante o período de implementação, a equipa afeta a este processo (ou com recurso a consultor externo), deverá proceder à monitorização do BSC, assegurar a execução dos processos, a recolha de dados tendo em conta o cumprimento dos prazos e da efetiva utilização do BSC como instrumento de gestão do desempenho, a validação da operacionalização da estratégia e a respetiva execução.



## 12. Considerações finais

---

*“Não basta conquistar a sabedoria,  
é preciso usá-la.”*

**Cícero (Filósofo)**

### 12.1. Conclusões

Esta dissertação teve como objetivo desenvolver uma proposta de instrumento de gestão estratégica (BSC) para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE. Seguiu-se uma abordagem qualitativa, marcada por uma forte componente prática, em que se aprofundou e descreveu um conjunto de etapas no âmbito da gestão e da estratégia conducentes ao desenvolvimento da proposta (projeto piloto) adaptada às necessidades da Especialidade.

No final deste estudo as questões de investigação foram respondidas e os objetivos inicialmente propostos cumpridos, pelo que, apontamos diversos contributos que o estudo proporcionou.

**1.º Contributo:** No que respeita às questões de investigação inicialmente colocadas, verificamos que o BSC como ferramenta de medição e avaliação do desempenho organizacional, revelou ser uma mais-valia para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, tendo ajudado a Especialidade a traduzir a sua missão, visão e objetivos estratégicos a médio-longo prazo, num conjunto abrangente de medidas de desempenho; a proposta de BSC para a Especialidade, revelou ter informação relevante e essencial para uma efetiva avaliação e monitorização do desempenho, promovendo o alinhamento de todas as dimensões que criam valor para a Especialidade, com relações de causa-efeito, direcionadas para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e por consequente satisfação dos utentes. O BSC potenciou um maior envolvimento dos colaboradores da Especialidade, fato esse verificado nas reuniões de trabalho realizadas com a Direção, sendo um poderoso instrumento de mudança organizacional, promovendo um debate sobre o mesmo, num processo de aprendizagem e crescimento contínuos de modo a proporcionar melhorias organizacionais.

**2.º Contributo:** Este estudo permitiu também definir um conjunto de objetivos estratégicos para cada uma das perspetivas do BSC e selecionar indicadores para a área da saúde mental infantojuvenil (sendo posteriormente selecionados os indicadores

para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, atendendo ao seu contexto e meio envolvente).

**3.º Contributo:** A contribuição dada pelo estudo para o conhecimento e divulgação do BSC no nosso país e para a demonstração da sua adaptabilidade, aplicabilidade e flexibilidade nas organizações de saúde.

**4.º Contributo:** A seleção de um conjunto de indicadores para a área da saúde mental infantojuvenil que permitam avaliar e comparar “*benchmarking*” o desempenho dos serviços de saúde mental infantojuvenis com características (de estrutura e valências) semelhantes.

**5.º Contributo:** Se considerarmos que as perturbações mentais detêm uma elevada prevalência em Portugal, atualmente em todos os grupos etários, o investimento nesta área é a ação com melhor relação custo/efetividade, atendendo a que intervenções eficazes poderão reduzir custos neste tipo de patologias não só para os indivíduos, mas também para os sistemas de saúde e a comunidade em geral. O BSC, revelou ser num instrumento de excelência adaptável aos serviços de saúde mental, de forma a auxiliar a reorganização dos seus serviços, processos e permitindo ajustarem os seus recursos disponíveis às necessidades em saúde.

No entanto, é de referir que ao nível da saúde mental infantojuvenil ainda muita coisa há a fazer, no entanto, fica o nosso contributo e a sensibilização para o uso de instrumentos de gestão que auxiliam a tomada de decisão (de gestão e de políticas de saúde).

Face ao exposto, tecemos algumas considerações finais relativamente a este estudo:

- a) Em qualquer hospital do país, questões como o acesso aos cuidados de saúde e a contenção de custos são uma preocupação constante. Sabendo que o BSC é um instrumento que poderá originar maiores níveis de eficiência, redução de custos, esta razão deverá motivar os gestores destas organizações a ter uma especial atenção a este instrumento. A vantagem de possuir um instrumento desta natureza que, com um conjunto de indicadores pode medir a estratégia e acompanhar a sua execução para atingir o sucesso é algo que merece reflexão;
- b) A proposta de BSC proposta para a Especialidade, embora possa servir de referência para o desenvolvimento de outros trabalhos, contém indicadores e objetivos estratégicos que só têm significado e pertinência face à realidade

- específica da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE;
- c) Muita da informação necessária para a consolidação do BSC já existe na Especialidade ou no CHLC, podendo, no entanto, a obtenção da informação, ser mais complexa, no sentido de definir quem a detém, como obtê-la e como a divulgar e monitorizar;
  - d) A proposta de BSC apresentada para a Especialidade permitiu identificar a visão, missão, princípios e valores do/e para a Especialidade, como elementos essenciais para se atingir elevados padrões de efetividade e eficiência, e traduzir os mesmos em perspetivas integrantes do modelo, colocando a estratégia no centro do BSC. A definição de um conjunto de componentes, como sejam, os objetivos estratégicos, os fatores críticos de sucesso, os indicadores de desempenho, embutidos no BSC e explicitados no mapa estratégico que o acompanha, vieram conferir robustez e plenitude a este modelo;
  - e) O BSC deve ser entendido como um meio que auxilia o processo de tomada de decisão, reportando informação objetiva e orientada para os resultados. É também um excelente instrumento de comunicação dentro das organizações.
  - f) A proposta de BSC apresentada para a Especialidade de Pedopsiquiatria, apesar de refletir uma área clínica muito específica, poderá ser replicada a outras áreas clínicas, com as devidas adaptações, no entanto, qualquer que seja a área de aplicação do BSC a serviços mais pequenos, deverá sempre seguir as linhas estratégicas orientadoras do CHLC.

## **12.2. Limitações ao presente estudo**

Qualquer estudo de investigação, confronta-se ao longo da sua elaboração com algumas dificuldades e limitações inerentes ao próprio estudo e metodologia adotada. Também o BSC não é isento de falhas e apresenta as suas limitações, nem os resultados enunciados neste estudo se encontram completos, pelo que existem limitações que importam serem consideradas:

- a) Constatou-se um desconhecimento generalizado do BSC por parte da equipa da Área da Mulher, Criança e Adolescente (AMCA) e da Especialidade de Pedopsiquiatria, tendo se refletido na escassez de contributos que os mesmos poderiam dar para a elaboração deste estudo. No entanto, e fruto das reuniões realizadas é de enaltecer a equipa da Especialidade de Pedopsiquiatria pelo interesse que demonstrou pela metodologia, tendo dando todo o apoio necessário para a elaboração deste estudo;

- b) De igual modo, constatou-se algum desconhecimento por parte dos participantes do questionário sobre a metodologia BSC;
- c) No início deste estudo, muitos colaboradores da Especialidade de Pedopsiquiatria demonstravam alguma incerteza quanto aos benefícios da metodologia do BSC no futuro, no entanto, é uma situação expectável visto que era um tema novo, pouco conhecido pela Direção da Especialidade, em que as expectativas iniciais não seriam tão altas;
- d) Perante estas condições, foi necessário reunir com a equipa de Direção da Especialidade, de modo a explicar no plano teórico, a importância e as vantagens da aplicabilidade do BSC, sendo que, a receptividade inicial era baixa, no entanto esta sofreu ao longo da elaboração do estudo e do desenvolvimento da proposta de BSC para a Especialidade uma evolução positiva;
- e) O limite temporal para a realização do estudo apenas permitiu a elaboração da proposta de BSC para a Especialidade;
- f) O modelo de BSC proposto numa primeira fase não permite aferir o impacto que o mesmo pode ter no ambiente externo a Especialidade e ao CHLC;
- g) Os resultados do questionário não são suscetíveis de inferência estatística para a validação dos indicadores para a Especialidade nem para outros hospitais;
- h) O facto de existir pouca literatura nacional e internacional no que respeita a implementação da metodologia BSC em organizações de saúde, e em particular em serviços de saúde mental, sendo que para a especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência a literatura praticamente não existe, sendo necessário recorrer à literatura alusiva à sua mental para adultos;
- i) A extração de dados dos sistemas de informação pode ser um processo complexo uma vez que existe uma grande dispersão de informação por diversas fontes.

### **12.3. Recomendações para estudos futuros**

Findo este estudo, ficou patente que muito há ainda a desenvolver no futuro em relação a esta temática e que poderá ser o passo seguinte deste mesmo estudo, que se focou apenas na conceção de uma proposta de BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria do DHE, pelo que se considera relevante explicitar algumas questões que ficaram por explorar, nomeadamente:



### **1-Processo de implementação:**

- a) Como desenvolvimento deste trabalho, o passo seguinte seria a definição de metas e iniciativas para cada um dos indicadores, a implementação prática do BSC e análise dos resultados que se iriam obter. Tal processo implicaria um prazo alargado para a execução e monitorização de resultados e por isso não concretizável neste estudo;
- b) Será necessário definir planos de trabalho, de comunicação e de implementação do BSC, e desenvolver com exatidão as fichas dos indicadores em perfeita harmonia e concordância com o Conselho de Administração.

### **2- Revisão de processos:**

- c) Os sistemas de informação poderão ser um importante instrumento de suporte do BSC, pelo que este processo, deverá ser revisto, de modo a integrar o BSC;

### **3- Ligação a outros instrumentos de gestão:**

- d) Seria interessante desenvolver um modelo que integrasse o BSC com outros instrumentos de gestão estratégica já em uso no Centro Hospitalar (ex: *Tableau de Bord*);
- e) Desenvolvimento e construção de interfaces visuais (ex. *Dashboard*) numa fase posterior, seria uma ferramenta de grande utilidade uma vez que tornaria os dados mais apelativos e facilitava o processo de monitorização e acompanhamento do BSC;

### **4- Disseminação:**

- f) Se o modelo proposto (se aplicado) revelar resultados satisfatórios, seria de sugerir a sua disseminação por todo o hospital. Este processo só seria possível com o apoio do Conselho de Administração e dos responsáveis de cada Especialidade Médica/Cirúrgica;

### **5- Benchmarking:**

- g) Com o apoio de equipas externas (consultores) desenvolver o *benchmarking* no sentido de comparar processos, identificar pontos-chave na melhoria das práticas clínicas e administrativas de modo a encontrar elementos chave que influenciam ou podem influenciar os resultados e a melhoria do BSC;
- h) Salienta-se, ainda, que a aplicação simultânea do BSC em vários serviços de Pedopsiquiatria um pouco por todo o país poderá permitir a comparação dos desempenhos de cada um dos Serviços, facilitando a troca de ideias em áreas tão específicas como é o caso da saúde mental infantojuvenil. A

possibilidade de surgirem *rankings* pode também ser um estímulo às boas práticas e a implementação desta metodologia no SNS.

## Referências Bibliográficas

---

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. I.P - Ministério da Saúde (2017) Lei de Bases da Saúde. Portal da Saúde. Lisboa. Disponível em: [http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/12/Lei\\_Bases\\_Saude\\_48\\_90.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/12/Lei_Bases_Saude_48_90.pdf)

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. I.P. Ministério da Saúde. Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2011.

ALMEIDA, J.C. [et. al.] - Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013. [Consult. 20 Fev. 2017]. Disponível em: [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)

ARAÚJO, J. - A Reforma da Gestão Pública: do mito à realidade. In Seminário Internacional Luso-Galaico, Braga, 2004 - Seminário Internacional Luso-Galaico “A Reforma da Administração Pública: apostas e casos de sucesso”. 2004, 1-11.

BOAVIDA, A. M.; PONTE, J. P. - Investigação colaborativa: potencialidades e problemas. In GTI (Org), Refletir e investigar sobre a prática profissional. Lisboa: APM. (2002) 43-55.

BORGES, V.; GOMES, P.; FERNANDES, M. J. - O Balanced Scorecard no setor público: perspetiva do consultor de gestão. In Congresso dos TOC 20 anos, Lisboa, 17 a 18 de setembro de 2015. Lisboa: Ordem dos Técnicos Oficiais DE Contas, 2015.1 - 22.

BOURGUIGNON, A.; MALLERET, V.; NORREKLIT, H. - The American Balanced Scorecard vs. the French Tableau de Bord: the ideological dimension. **Management Accounting Research**. 15:2 (2004) 107-134.

BUSH, S.H., [et. al.] - Patient Access and Clinical Efficiency Improvement in a Resident Hospital-based Women’s Medicine Center Clinic - **The American Journal of Managed Care**.13:1 (December 2007) 686-690.

BUTLER, A., LETZA, S.R.; NEALE, B. - Linking the Balanced Scorecard to Strategy. **Long Range Planning**, 30:2 (April 1997) 242-253.

CALDEIRA, J. - Implementação do Balanced Scorecard no Estado. Reimpressão de 2009, Coimbra: Edições Almedina, 2010.

CALHAU, A. L. - Conceção de um Sistema de Balanced Scorecard para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta. Lisboa. Instituto Superior Técnico. Universidade Técnica de Lisboa, 2009. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Engenharia Biomédica.

CAMPOS, A. C.; SIMÕES, J. - O percurso da saúde: Portugal na Europa. Coimbra: Edições Almedina, 2011.

CANOTILHO, J., MOREIRA, V. - Constituição da República Portuguesa, Lei do Tribunal Constitucional. 8.ª Ed. Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

CARVALHO, J.C.; FILIPE, J.C. - Manual de Estratégia – Conceitos, Prática e Roteiro. 4.ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2014.

CAUDELI, A.; ANTÓNIO, J.; VICENTE, M. - El Quadro de Mando Integral: Un herramienta para el control de gestión. **Partida Doble**. 114 (2000) 54-63.

CHAN, L.- Performance measurement and adoption of the Balanced Scorecards: a survey of municipal governments in the USA and Canada. **The International Journal of Public Sector Management** 17 (2004).

- CHAN, L. - An analaytic hiearechy framework for evaluating Balanced Scorecards of heathcare organizations. **Canadian Journal of Administrative Science**. 23:2 (2006) 85-104.
- CHAN, L.; HO, K. – Performance Measurement and the use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals. **Advances in Management Accounting**. 9:1 (2000) 145-169.
- CHAVAN, M.- The Balanced Scorecard: a new challenge. **Journal of Management Development**. 28 (2009) 393 – 406.
- CHONG, S.A.- Early Intervention in the Real World: Early interventions and lessons from Harvard Business Review. **Early Intervention in Psychiatry**. 1 (2007) 346-350.
- COLLIS, J.; HUSSEY, R. - Business Research: A Pratical Guide for Undergraduate and Postgraduate Studentes. 3.<sup>a</sup> Ed. Basingstoke: Palgrave Macmillian, 2005.
- COOP, C.F. - Balancing the Balanced Scorecard for a New Zealand Mental Health Service. Mental Health – Research and Policy Making. **Australian Health Review**. 30:2 (2006) 174-180.
- COSTA, C. - Produção e Desempenho Hospitalar: Aplicação ao Internamento. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2005. Tese elaborada para obtenção de grau de Doutor em Saúde Pública na Especialidade de Administração em Saúde.
- COSTA, C.; LOPES, S. - Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental 2014: Resultados provisórios. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2015 - Disponível em: <http://gos.ensp.unl.pt/node/91>
- COSTA, M. – Nível de Implementação do Balanced Scorecard nos Hospitais: o caso Português. Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão. Universidade Técnica de Lisboa, 2012. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências Empresariais.
- CRUZ, L.; GEADA, F.; SILVA, T. - Value Balanced Scorecard: ferramenta para atingir a excelência. 1.<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2012.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Ministério da Saúde (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Portal da Saúde. Lisboa. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99\\_7\\_Indicadores\\_e\\_Metas\\_em\\_Saude\\_2013-01-18.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_7_Indicadores_e_Metas_em_Saude_2013-01-18.pdf)
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE -Programas de Saúde Prioritários: Programa Nacional para a Saúde Mental, Direção-Geral da Saúde, 2012. DGS, 2012. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- DREW, A.; KAYE, R. - Engaging boards in corporate direction- setting: Strategic Scorecard. **European Management Journal**, 25:5 (2007) 359-369.
- ENCARNAÇÃO, R. [et. al.] – Caracterização dos casos observados numa equipa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência: um estudo retrospectivo. **Acta Médica Portuguesa**. 24 (2011) 925-934.
- ESCOVAL, A. - Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização – Factores Críticos do Contexto Português. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2003. Tese elaborada para obtenção de grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas.
- ESTORNINHO, M.; MACIEIRINHA, T. - Direito da Saúde: Lições. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2014.
- FEIRE, T.; ALMEIDA, L.; - Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 5.<sup>a</sup> Ed. Braga: Psiquilíbrios, 2008.
- FERREIRA, A. - Princípios estruturantes de um Balanced Scorecard Estratégico para Sistemas Integrados de Saúde e o Balanced Scorecard na Unidade de Saúde de Matosinhos, EPE. In

Workshop: Gestão do processo de integração vertical nas ULS. 2.<sup>a</sup> Ed. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 15 de junho de 2011. 1- 44.

FORGIONE, D.A. - Health Care Financial and Quality Measures: International Call for a Balanced Scorecard Approach. **Journal of Health Care Finance**. 24:1 (1997) 55-58.

FORTIN, M. - O Processo de Investigação – da concepção à realização. 3.<sup>a</sup> Ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2003.

FORTIN, M; CÔTE, J.; FILLION, F. - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lisboa: Lusodidacta, 2009.

GODOY, A.S. – Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**. 3:2 (maio/agosto 2005) 81-89.

GOLLOWAY, D. [et. al.] - Mapping Work Process. Ed. ASQ Quality Press. USA. 1994.

GOMES, A. - O papel do Balanced Scorecard na avaliação de desempenho do Sistema Policial Português. Braga. Universidade do Minho, 2006. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Contabilidade e Auditoria Trabalho.

GRAÇA, L. - Guião para o desenho de um projeto de investigação. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2015. Texto policopiado distribuído no âmbito da disciplina de Métodos de Investigação Social em Saúde (Textos, T834, v.26,111 pp.).

GRUD, B.; GAO, T. - Lives in the balance: an analysis of the Balanced Scorecard (BSC) in healthcare organizations. **International Journal of Productivity and Performance Management**. 57:1 (2008) 6-21.

HOOD, C. - The new public management in the 1980s: variations on a theme. **Accounting, Organizations and Society** 20: 2/3 (1995) 93–109.

INAMDAR, N.; KAPLAN, R. - Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations. **Journal Healthcare Management**, 47: 3 (2002) 179-195.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE - NP 405-1: 1994: informação e documentação: referências bibliográficas: documentos impressos. Lisboa: Instituto Português da Qualidade, 1995.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE - NP 405-4: 2001: informação e documentação: referências bibliográficas: documentos eletrónicos. Lisboa: Instituto Português da Qualidade, 2001.

ITTNER, C.; LARCKER, D. - Innovations in performance measurement: Trends and research implications. **Journal of Management Accounting Research**, 10:2 (1998) 205-238.

JORDAN, H., NEVES, J.C.; RODRIGUES, J.A - O Controlo de Gestão – Ao Serviço da Estratégia e dos Gestores. 7.<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Áreas Editora, 2007.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance. **Harvard Business Review**. 70:1 (Jan-Feb 1992) 71-79.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - Putting the Balanced Scorecard to work. **Harvard Business Review**. 71:5 (1993) 134-147.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. **Harvard Business Review**. 74:1 (Jan-Feb. 1996a) 75-85.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press. 1996b.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - A estratégia em ação: Balanced Scorecard. 21.<sup>a</sup> Ed. Harvard Business School Press Elsevier, Editora Campus. Rio de Janeiro. 1997.

KAPLAN, R.; NORTON, D - Having trouble with your strategy? Then map it. **Harvard Business Review**. (Sep-Oct. 2000) 167-176.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - The Strategy Focused Organization: How Balanced Scorecard companies thrive in the new business environment. Elsevier Editora, Harvard Business School Press. Boston, 2001a.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: Part II. *Accounting Horizons*, 15(1) (2001b) 87-104.

KAPLAN, R.; NORTON, D. – Alignment: Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies. Elsevier Editora: Harvard Business School Press, Boston. 2006.

KLASSEN, A. [et. al.] - Performance Measurement and Improvement Frameworks in Health, Education and Social Services: a Systematic Review. ***International Journal for Quality in Health Care***. 22:1 (2010) 44-69.

LEI n.º 27/02. D.R. 1.ª Série. 258 (08-11-02) 7150 - 7154 - Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto

LIN, E.; DURBIN, J. - Adapting the Balanced Scorecard for Mental Health and Addictions: An Inpatient Example. **Healthcare Policy**. 3:4 (2008) 160-174.

LIPE, M.; SALTÉRIO, S. - The Balanced Scorecard: Judgmental Effects of Common and Unique Performance Measures. **The Accounting Review**. 75:3 (July 2000).

MARQUES, C. [et. al.] – Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários: Recomendações para a prática clínica. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. 2009.

MARQUES, R. - Curso de Balanced Scorecard avançado. Documento de apoio. Formação para dirigentes da Administração Pública. Instituto Nacional de Administração (INA). Lisboa. 2008.

MARTINS, A.; CARVALHO, J.C. - Gestão da Mudança na Saúde: Fundamentos e *Roadmap*. 1.ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2012.

MARTINS, L. - O Erro como Periferia do Sistema. In FRAGATA, J.; MARTINS, L. (Eds.) - O Erro em Medicina – Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade. 2.º Ed. Coimbra: Edições Almedina, 2014. 147-204.

MATOS, A. – Saúde Mental Infantojuvenil e Sociedade Contemporânea. In: MONTEIRO, P. [et. al.] – Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, 2014. 9-14.

MATOS, L. - A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um hospital. Braga. Universidade do Minho, 2006. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Sistemas de Informação.

MATOS, L.; RAMOS, I. - Medir para gerir: O Balanced Scorecard em Hospitais. 1.ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

MATOS, T. [et. al.] - Contratualização interna vs. contratualização externa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 9 (2010) 161-180.

MELIONES, J. - Saving Money, Saving Lives. **Harvard Business Review**, 78:6 (2000) 29-36.

MOELLER, J. - *The EFQM Excellence Model. German Experiences with the EFQM Approach in Health Care*. **International Journal for Quality in Health Care**, 13:1 (2001) 45-49.

NEVES, A. - Gestão na Administração Pública. 1.ª Ed. Cascais: Editora Pergaminho. 2002.

NIVEN, P. - Balanced Scorecard step-by-step for government and nonprofit agencies. 1st Ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2003.

- NIVEN, P. - *Balanced Scorecard Step-by-step: Maximizing Performance and Maintaining Results*. 2<sup>nd</sup> Ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2006.
- NORREKLIT, H. - The Balance on the Balanced Scorecard – A Critical Analysis of some of its Assumptions. 2000. In: **Management Accounting Research**. Academic Press. 11:1 (2000) 65-88.
- NUNES, R.; REGO, G. - *Gestão da Saúde*. Lisboa: Edições Prata e Rodrigues, 2010.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - Conhecer os Caminhos da Saúde: relatório de Primavera 2001. Coimbra: Mar de Palavras Edições, 2001.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – 10/30 Anos: Razões para continuar: relatório de Primavera 2009. Coimbra: Mar de Palavras Edições, 2009.
- PINK, H.; [et. al.] – Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System. **Journal of Health Care Finance**. 27:3 (2001) 1-20.
- PINTO, F. - *Balanced Scorecard: Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos*. 1.<sup>a</sup> Ed. 2.<sup>a</sup> Impressão, Lisboa. 2009.
- PORTER, M. – What is strategy? **Harvard Business Review**. 86:1 (Nov- Dec 1996) 61-78.
- PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental, 2014. Disponível em: [www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx](http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx)
- PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental, 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>
- PROPOSTA DE REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL. [Documento de trabalho] (Novembro 2015) 1-24. [Consult. 13 Mar. 2017]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referenciação-hospitalar-psiQUIATRIA-e-saúde-mental.pdf>
- REGO, G. - *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*. Maia: Edições Vida Económica, 2008
- REIS, F. - *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha*. 1.<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Pactor, 2010.
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 8/11. Aprova o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa no sistema educativo. [Consult. 29 Out. 2016]. Disponível em: <http://www.gmcs.pt/pt/resolucao-do-conselho-de-ministros-n-82011-aplicacao-do-acordo-ortografico-da-lingua-portuguesa-no-sistema-educativo>
- RIBEIRO, C. - O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced Scorecard. *Temas de Gestão*. **Revista da Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas**, TOC 100 (julho 2008) 61-66.
- RODGERS, M; KEYNES, M, - Organization critical success factors influencing Balanced Scorecard systems in UK healthcare. **Journal of Management & Marketing in Healthcare**. 4:3 (2011) 174-179.
- RUSSO, J. - *Balanced Scorecard para PME – Saiba como adaptar a metodologia de gestão estratégica das multinacionais para melhorar o desempenho da sua empresa*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda., 2006.
- RUSSO, J.; MARTINS, A. - Balanced Scorecard: estratégia empresarial e avaliação do desempenho. **Boletim de Ciências Económicas**: Faculdade de Direito da universidade de Coimbra. Vol. XLII. (2004) 313-387.

SAMPAIO, D - Prefácio: Avaliar, Prevenir, Intervir. In: SANTOS; M.C. - Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes – Identificar, Avaliar e Intervir. 2.<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2015.

SANTIAGO, M. - Use of the Balanced Scorecard to improve the quality of behavioral health care. **Psychiatric Services**. 50:12 (December 1999) 1571-1576.

SANTOS, A. - Gestão Estratégica: Conceitos, modelos e instrumentos. 6.<sup>a</sup>Ed. Lisboa: Escolar Editora, 2008.

SANTOS; M.C. - Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes - Identificar, Avaliar e Intervir. 2.<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2015.

SCHACHTER, H. - New Public Management and Principals Roles: In Organizational Governance: What Can a Corporate Issue Tell us About Public Sector Management? **Public Organization Review**. 14 (2014) 517–531.

SCHMIDT, S. [et. al.] - A management approach that drives actions strategically Balanced scorecard in a mental health trust case study: South West Yorkshire Mental Health NHS Trust, Wakefield. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. 19:2 (2006) 119-135.

SCHRAMM, F.; KOTTOW, M. – Principios Bioéticos em Salud Pública: Limitaciones y Propuestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 17:4 (Julho/Agosto 2001) 949-956.

SCHWARTZ, J. - The Balanced Scorecard versus Total Quality Management: Which Is Better for Your Organization? **Military Medicine**. 170:10 (2005) 855-858.

SEVERINO, A.J. - Dimensão ética da investigação científica. **Práxis Educativa Ponta Grossa**. 9:1 (janeiro/junho 2014) 199-208.

SILVA, N.S. - Gestão Estratégica do crescimento económico em Portugal: Balanced Scorecard e enfoque na produtividade. Porto: Vida Económica, 2010.

SOUSA, F. M. - Prioridades de investigação em saúde mental em Portugal: as perspetivas de um painel Delphi de psiquiatras e pedopsiquiatras. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 24:1 (janeiro/julho 2006) 103-114.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – Investigação Qualitativa em Enfermagem. 2.<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Lusociência, 2002.

THIENGO, D.L.; CAVALCANTE, M.T.; LOVISI, G.M. - Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J. Bras. Psiquiatria** 63:4 (2014) 360-72.

TOBIN, M.; YEO, F.; CHEN, L. - The beginning of a structural reform: Reorganising the front line of a Mental Health Service. **Australian Health Review**. 23:1 (2000) 64-76.

URBANO, J.; BENTES, M. - Definição da produção hospitalar: os grupos de diagnóstico homogêneos. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 8:1 (1990) 46-60.

WHO - The world health report 2003 - shaping the future [Em linha]. Geneve: World Health Organization, 2003. [Consult. 12 Mar. 2017]. Disponível em:  
[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua=1)

WHO - The World Health Report 2005 - Make every mother and child count future [Em linha]. Geneve: World Health Organization, 2005. [Consult. 18 Mar. 2017]. Disponível em:  
[http://www.who.int/whr/2005/whr2005\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf?ua=1)

WHO - Health Systems Financing: the path to universal coverage universal. [Em linha]. Geneve: World Health Organization, 2010. [Consult. 20 Nov. 2016]. Disponível em:  
[http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1)



ZELMAN, W., PINK, G.; MATTHIAS, C. - Use of the Balanced Scorecard in Health Care. Journal of Health Care Finance. 29:4 (2003).



***Balanced Scorecard* para a Saúde Mental Infantojuvenil**  
**Proposta para a Especialidade de Pedopsiquiatria**  
**do Hospital Dona Estefânia**

**ANEXOS E APÊNDICES**

## Índice

Índice de Tabelas .....	113
-------------------------	-----

Índice de Figuras .....	113
-------------------------	-----

### Anexos

#### **Anexo I - Proposta de *Balanced Scorecard* para a Pedopsiquiatria do HDE**

1. Posicionamento da Especialidade de Pedopsiquiatria no CHLC .....	114
2. Estrutura e Organização.....	114
3. Organograma .....	117
4. Análise SWOT para a Especialidade de Pedopsiquiatria.....	118
5. Posicionamento Estratégico da Especialidade de Pedopsiquiatria.....	120
5.1. Visão .....	121
5.2. Missão.....	121
5.3. Princípios e Valores.....	121
5.4. Objetivos.....	122
6. Principais Linhas Estratégicas para a Especialidade de Pedopsiquiatria .....	123
7. Fatores críticos de sucesso para a Especialidade de Pedopsiquiatria .....	124
8. Modelo de BSC adaptado para a Especialidade de Pedopsiquiatria .....	125
9. Definição das Perspetivas para a Especialidade de Pedopsiquiatria.....	126
10. Objetivos Estratégicos para a Especialidade de Pedopsiquiatria .....	128
11. Indicadores para a Especialidade de Pedopsiquiatria.....	130
12. Alguns Instrumentos que poderão Auxiliar na Recolha de Informação para os Indicadores Seleccionados .....	135
13. Metas e Iniciativas para a Especialidade de Pedopsiquiatria.....	136
14. Mapa Estratégico para a Especialidade de Pedopsiquiatria .....	136

#### **Anexo II - Ficha Individual dos Indicadores para a Pedopsiquiatria do HDE**

Ficha individual dos indicadores estabelecidos para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE .....	140
---	-----

### Apêndices

**Apêndice A** - Carta de Apresentação ao Conselho de Administração do CHLC152

<b>Apêndice B</b> - Questionário de Seleção de Indicadores a incluir no <i>Balanced Scorecard</i> (BSC) para a especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência .....	155
---	-----

## Índice de Tabelas

---

Tabela 1: Análise SWOT da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

Tabela 2: Linhas estratégicas e fatores críticos de sucesso da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

Tabela 3: Comparação entre as perspectivas do *Balanced Scorecard* propostas por Kaplan e Norton (1992), Ribeiro (2008) e as adotadas para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

Tabela 4: Objetivos estratégicos definidos para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

Tabela 5: Indicadores selecionados para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

## Índice de Figuras

---

Figura 1: Organograma para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

Figura 2: Modelo BSC adaptado à Especialidade de Pedopsiquiatria: 4 perspectivas

Figura 3: Mapa Estratégico para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

## ANEXO I

### **Proposta de *Balanced Scorecard* para a Especialidade de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia**

A conceção de um instrumento de gestão estratégica, seja ele qual for e para qualquer organismo seja ele público, privado ou de carácter social, requer à priori uma reflexão e uma idealização que terá necessariamente de estar relacionada com dados recolhidos previamente e com a análise feita à Especialidade e ao ambiente onde se insere, permitindo deste modo encontrar lacunas e oportunidades de melhoria a desenvolver no futuro. Deste modo, neste Anexo I, é apresentada uma proposta de BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria, atendendo à análise documental, aos resultados das reuniões de trabalho realizadas com a Direção da Especialidade, aos resultados do questionário e às linhas estratégicas e orientadoras do CHLC para o triénio 2017-2019.

#### **1. Posicionamento da Especialidade de Pedopsiquiatria no CHLC**

A Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE é uma área especializada, dotada de meios técnicos e humanos vocacionados para o tratamento de patologias e perturbações mentais das crianças e adolescentes, integrado num Centro Hospitalar de referência para a área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo, tendo como área de influência direta os ACES de Lisboa Central e o ACES de Loures- Odivelas<sup>16</sup>. Conjuntamente o serviço de Pedopsiquiatria e o CHLC são reconhecidos pelas diversas redes de Referência Hospitalar (nomeadamente a Rede de Referência para a Psiquiatria da Infância e da Adolescência) como um pilar de referência para a prestação de cuidados de saúde hospitalares.

#### **2. Estrutura e Organização**

A Especialidade de Pedopsiquiatria, atendendo às necessidades de saúde sentidas pelos utentes, dispõe de um serviço com múltiplas valências, onde se incluem o Hospital de Dia, Consulta Externa, Consulta de Crise, apoio à Urgência Pediátrica e o

---

<sup>16</sup> No concelho de Lisboa abrange o C.S. Alameda, Graça, Lapa, Luz Soriano, Marvila, Olivais, Penha de França, S. João, S. Mamede (Santa Isabel). No concelho de Loures-Odivelas abrange o Centro de Saúde de Sacavém.

Internamento, sendo uma Especialidade dotada e preparada para receber e atender qualquer situação clínica, independentemente da sua severidade e complexidade. Das suas múltiplas valências destacam-se os cuidados de saúde prestados em ambulatório, como é o caso da Consulta de Crise, sessões de Hospital de Dia e a Consulta Externa, sendo que o internamento se destina apenas aos casos mais graves e que necessitam de acompanhamento permanente.

Esta opção estratégica de privilegiar a utilização dos cuidados de saúde em regime de ambulatório promove a melhoria da qualidade de vida dos utentes e de seus familiares, minimizando o efeito do isolamento social e familiar inerente a um internamento, retira a pressão constante que existe no internamento hospitalar, tendo como consequência direta a diminuição dos custos associados aos cuidados hospitalares prestados em regime de internamento.

O hospital de dia é um serviço de internamento parcial para doentes que necessitam de acompanhamento diário a tempo parcial, em sessões iguais ou superiores a 4 horas/dia efetuadas em dias sequenciais ou alternados, acolhendo os utentes entre um horário previamente marcado. Estas sessões realizadas em Hospital de Dia são indicadas para utentes que, após fase de recuperação de episódio agudo que determinou o seu internamento necessitam de cuidados permanentes, ou numa fase inicial em que não existam critérios para o internamento sejam devidamente acompanhados em regime de ambulatório. Estas sessões são programadas e cada utente tem um plano de tratamento individualizado, sendo que, as sessões podem ser individuais ou em grupo tendo como referência o diagnóstico e a terapêutica, bem como preparar a reabilitação do utente.

A Especialidade de Pedopsiquiatria garante uma prestação de cuidados de saúde diferenciados e programados em regime de ambulatório, nomeadamente consultas efetuadas por médicos especialistas. Desta forma, promove-se a prestação de cuidados de saúde em tempo útil, otimizando os recursos (técnicos e humanos) de modo a garantir a acessibilidade dos utentes.

A Especialidade dispõe de uma consulta de urgência inovadora permitindo em muitos casos evitar episódios de internamento. Esta consulta destina-se a crianças e adolescentes em situação de crise, que, em função do seu estado psíquico e muitas vezes físico necessitam de um acompanhamento urgente de um profissional qualificado para efetuar uma intervenção breve, ativa e de suporte, com o objetivo de ajudar a criança ou adolescente a resolver a situação de crise que originou o episódio,

desenvolvendo respostas mais adaptativas e evitando o agravamento dos sintomas e a possível evolução para perturbações psiquiátricas mais graves.

A grande especificidade desta consulta de crise reside no facto da mesma ter um limite temporal para resposta a situações de crise de 48 horas (no máximo) e visa evitar a sobrelotação no internamento, internamento este, evitável com esta consulta.

A Especialidade de Pedopsiquiatria dá apoio à urgência pediátrica sempre que na admissão do utente seja necessário a intervenção de um especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência, que o avalia, procede ao diagnóstico e consequente tratamento ou referenciação.

No que se refere ao internamento, neste momento a Especialidade de Pedopsiquiatria dispõe de um total de 16 camas, para os casos mais graves que necessitam de internamento completo. Está previsto a abertura de um novo espaço no Parque de Saúde de Lisboa, em parceria com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, com 10 camas para utentes a partir dos 18 anos até aos 25 anos, no sentido de ajudar estes utentes na transição para a idade adulta, e que, passarão a ser acompanhados pela Psiquiatria de adultos. Este novo espaço permitirá, com a colaboração de diversos profissionais de saúde, entre eles médicos Pedopsiquiatras e Psiquiatras, atenuar o impacto negativo que esta transição para a idade adulta pode causar.

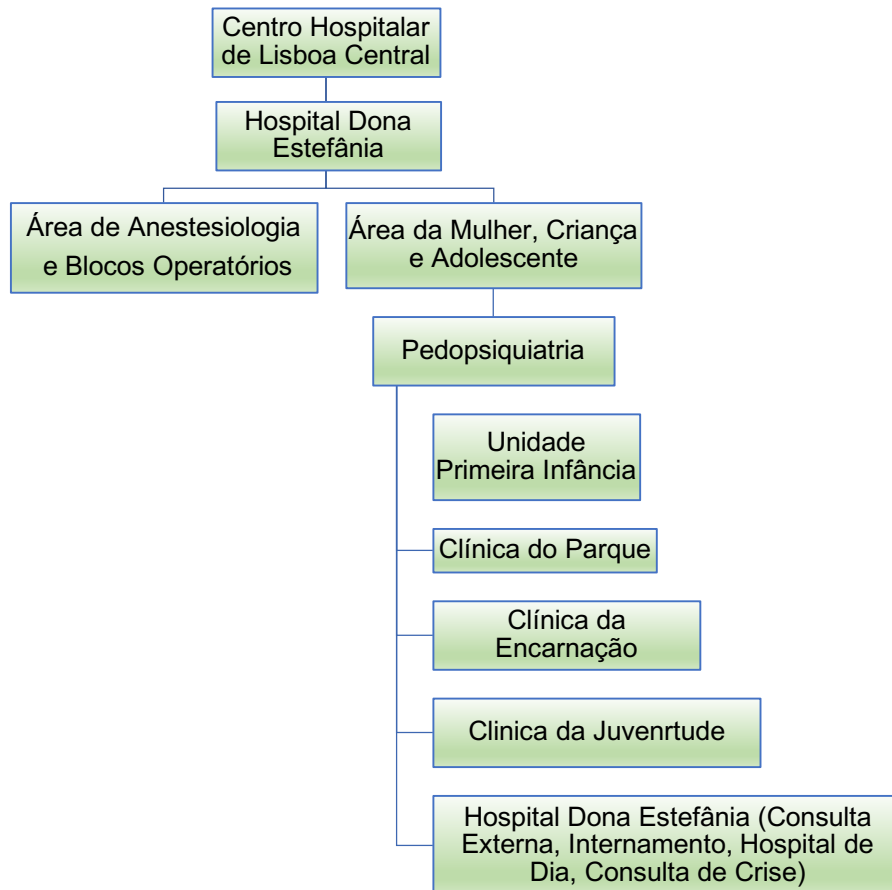
A especialidade dispõe também uma forte ligação com a comunidade. Na Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE são realizados exames e perícias médico-legais bem como existe uma forte intervenção de âmbito multidisciplinar com instituições que dele necessitem.

Estão na agenda da Especialidade de Pedopsiquiatria a criação de um hospital de dia para jovens com patologias e problemas alimentares, no sentido de evitar o seu internamento.



### 3. Organograma

Apresenta-se na Figura 1 uma proposta de organograma para a Especialidade de Pedopsiquiatria.



**Figura 1:** Organograma para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE.

**Fonte:** Elaboração própria

De salientar que o organograma apresentado para a Especialidade de Pedopsiquiatria, conta com diversas estruturas integradas no CHLC, (Relatório e Contas 2015, CHLC, EPE), nomeadamente:

- Presidente do Conselho de Administração
- Conselho de Administração
- Conselho Consultivo
- Fiscal Único
- Diretor Clínico e Adjuntos
- Enfermeiro - Diretor e Adjuntos
- Estrutura de Apoio Técnico
- Estrutura de Apoio e Logística
- Estrutura de Auditoria

- Estrutura de Ensino e Investigação
- Estrutura Clínica
- Estrutura de Apoio Clínico

#### 4. Análise SWOT para a Especialidade de Pedopsiquiatria

O meio envolvente interno e externo em que a Especialidade de Pedopsiquiatria está inserida, influenciará de certa forma o desempenho assistencial prestado pela mesma, pelo que, e segundo Carvalho e Filipe (2014) é importante analisar o meio envolvente em que as organizações (neste caso a Especialidade) se insere, utilizando para o efeito a análise SWOT<sup>17</sup>. Em termos sucintos, e segundo Escoval (2003), o objetivo deste modelo consiste em identificar e explorar as capacidades internas (forças e oportunidades) de uma organização, de modo a capacitar os decisores na tomada de decisão atendendo às exigências do meio envolvente (ameaças) em que esta opera.

Os pontos fortes são considerados variáveis que integram o ambiente interno da Especialidade, caracterizando as atividades e condições favoráveis a um bom desempenho com eficiência e efetividade. Por sua vez, os pontos fracos, fazendo parte do ambiente interno, identificam as atividades que necessitam de uma intervenção rápida de modo a proporcionar condições para melhorar o desempenho.

As oportunidades são consideradas variáveis que integram o ambiente externo, estando associadas à capacidade de prever as necessidades futuras e que poderão ter impacto na Especialidade. As ameaças integrando o ambiente externo, traduzem-se nos constrangimentos e variáveis que poderão afetar negativamente os resultados e desempenho da Especialidade.

Pela sua importância, procede-se seguidamente à análise e diagnóstico da Especialidade de Pedopsiquiatria com recurso à ferramenta SWOT, tendo em conta a análise documental e as reuniões de trabalho realizadas. A análise que seguidamente se apresenta, assenta nos fatores internos e externos em que a Especialidade de Pedopsiquiatria atua e se encontra envolvida, procurando evidenciar os pontos fortes e os pontos fracos desta Especialidade, assim como, as ameaças e as oportunidades do seu meio envolvente.

---

<sup>17</sup> A ferramenta SWOT, é uma sigla de origem inglesa e é um acrónimo que resulta das iniciais das palavras anglo-saxónicas *Strengths* (forças) e *Weaknesses* (fraquezas) referentes à organização (ambiente interno), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças) para a organização (ambiente externo). Foi criada em 1951 por dois professores da *Harvard Business School*, Roland Christensen e Kenneth Andrews.

Pontos Fortes (Forças)	Pontos Fracos (Fraquezas)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa multidisciplinar de elevada qualidade técnica, motivada e empenhada;</li> <li>- Imagem da Especialidade: reconhecimento pela elevada qualidade clínica assistencial e pela qualidade dos procedimentos que adota, certificação pela <i>Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS)</i>;</li> <li>- Excelente localização geográfica: os cuidados de saúde que presta são localizados em diversos pontos da cidade de Lisboa, indo deste modo ao encontro da população alvo;</li> <li>- Serviço de Referência para a área da saúde mental, abrangendo toda a região Lisboa e Vale do Tejo e sul de Portugal, incluído as regiões autónomas dos Açores e da Madeira;</li> <li>- Valências: a especialidade dispõe de todas as valências para a área da saúde mental na vertente da infância e adolescência (Ambulatório, Hospital de Dia, Internamento, Consultas Externas, Consultas de Crise e Serviços Complementares. Dispõe igualmente de uma forte componente de consultoria e apoio na realização de exames e perícias forenses;</li> <li>- Forte ligação ao ensino graduado e pós-graduado, assegurando a formação dos médicos internos da Especialidade, sendo reconhecido como um serviço com Idoneidade Formativa Total;</li> <li>- Pelo tipo de patologias que a Especialidade trata a diferenciação tecnológica não é um fator relevante, no entanto, a Pedopsiquiatria preza pelo recurso a terapias menos invasivas para o tratamento dos seus utentes, sendo que, o recurso a medicação é feito em casos muito específicos e em situação estritamente necessárias;</li> <li>- Aproveitamento da capacidade instalada e dos recursos humanos disponíveis;</li> <li>- Humanização na prática clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de uma política de recursos humanos;</li> <li>- Insuficiente intervenção nas infraestruturas de apoio;</li> <li>- Insuficiente resposta às necessidades da Especialidade por parte dos Sistemas de Informação, nomeadamente no que respeita ao tratamento e confidencialidade de dados dos processos e perícias forenses;</li> <li>- Insuficiente capacidade instalada para o internamento, incapaz de responder à elevada procura;</li> <li>- Ausência de autonomia da Especialidade para a tomada de decisão;</li> <li>- Falta de políticas de incentivos e recompensas aos profissionais;</li> </ul>

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de sinergias entre outras unidades hospitalares;</li> <li>- Enorme oportunidade de ligação aos Cuidados de Saúde Primários e à Rede Nacional de Cuidados Continuados para a saúde mental;</li> <li>- Reconhecimento público pela excelência na prática clínica;</li> <li>- Contratação: estabelecer protocolos, parcerias e acordos com entidades, públicas e privadas, que atuem, nomeadamente, na área da saúde;</li> <li>- Complementaridade: definir áreas de intervenção e cuidados de saúde com o SNS e outras entidades privadas, visando uma prestação complementar;</li> <li>- Promoção da saúde e prevenção da doença: uma grande parte das causas de morbilidade e mortalidade são suscetíveis de intervenções preventivas, também na saúde mental é possível intervir nesse sentido;</li> <li>- Proximidade com a Faculdade de Ciências Médicas da UNL, possibilitando uma forte ligação ao ensino e à investigação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas fortemente restritivas limitando o poder de ação nos hospitais;</li> <li>- Elevada oferta de cuidados de saúde: variedade da oferta por entidades públicas, privadas e outras (concorrência direta);</li> <li>- Condições de trabalho: legislação laboral não ajustada ao mercado de trabalho, ofertas de trabalho no exterior com melhores condições em termos profissionais e remuneratórias, podendo ter efeitos, internamente, na redução do capital humano e da qualidade dos cuidados prestados e contratação de recursos humanos limitadas por imposição governamental;</li> <li>- Aumento da prevalência das doenças e perturbações mentais nas idades mais jovens;</li> <li>- Rede de Cuidados Continuados para a Saúde Mental com capacidade (lotação) insuficiente face às necessidades.</li> </ul>

**Tabela 1:** Análise SWOT da Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

**Fonte:** Elaboração própria, com base no Plano de Atividades e Orçamento – 2016, CHLC

## 5. Posicionamento Estratégico da Especialidade de Pedopsiquiatria

Qualquer organização independentemente da sua natureza (privada, pública ou social) pressupõe a definição clara por parte da gestão de topo de um conjunto de orientações que irão pautar o funcionamento da organização e dos seus colaboradores. O CHLC, não é exceção, estando definidos claramente a visão, missão, valores e objetivos do Centro Hospitalar. Uma vez identificados os fatores chave do posicionamento estratégico, a partir do qual o Centro Hospitalar e a Especialidade pretendem reger a sua atividade nas diferentes vertentes, estes serão também o ponto de partida que vão dar robustez ao BSC em termos da sua estratégia. A Especialidade de Pedopsiquiatria

segue os propósitos explanados pelo Centro Hospitalar, conforme documentos do domínio público disponibilizados pelo CHLC. No entanto, estas orientações estratégicas basilares como a visão, missão, valores e objetivos podem ser adaptadas à Especialidade de forma mais específica de modo a clarificar com maior detalhe e rigor a visão, missão e objetivos da Especialidade de Pedopsiquiatria.

### **5.1. Visão**

A Especialidade de Pedopsiquiatria integrado numa instituição de referência reconhecida pela sua qualidade e excelência clínica, assume-se e quer continuar a ser reconhecido como unidade de saúde de referência nos cuidados de saúde pediátricos para as doenças e patologias do foro mental, promovendo o trabalho de equipas multidisciplinares, o desenvolvimento profissional e a responsabilização pelo trabalho desenvolvido, bem como a investigação e o ensino graduado e pós-graduado nas áreas das Neurociências e Pediatria.

### **5.2. Missão**

A Especialidade de Pedopsiquiatria tem como missão:

- Assegurar os cuidados de saúde mental à população infantojuvenil da sua área de abrangência/referenciação, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a outros beneficiadores de subsistemas de saúde e a todos as crianças e adolescentes em geral, atendendo ao princípio da universalidade de cobertura do SNS e à liberdade de escolha do utente em aceder aos cuidados de saúde.

### **5.3. Princípios e Valores**

A Especialidade de Pedopsiquiatria assenta numa cultura assente nos seguintes princípios e valores:

- Competência técnica e responsabilidade;
- Ética profissional;
- Segurança do utente;
- Trabalho em equipa e melhoria contínua;
- Responsabilidade e transparência;
- Orientação para os resultados;
- Respeito pela dignidade humana;

- Qualidade nos cuidados prestados;
- Humanização, quer no relacionamento entre colegas como com os utentes e seus familiares.

#### 5.4. Objetivos

A Especialidade de Pedopsiquiatria tem como objetivos:

- Avaliação, diagnosticar e tratar as doenças e perturbações mentais, emocionais ou comportamentais das crianças e adolescentes (dos 0 aos 18 anos);
- Articulação com as estruturas da comunidade, instituições de ensino e com as famílias para um efetivo acompanhamento das crianças e adolescentes;
- Promoção da saúde mental;
- Definir estratégias de intervenção no campo da saúde mental nas crianças e adolescentes, quer seja nas vertentes de consulta externa, hospital de dia e internamento, incluindo intervenções individuais, em grupo, familiares e interinstitucionais.
- Promover a articulação com os Cuidados de Saúde Primários e com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde Mental, que irá abranger as idades mais jovens;
- Prestar cuidados de saúde diferenciados, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado;
- Contribuir para o aumento da literacia em saúde;
- Promover uma utilização eficiente dos recursos disponíveis;
- Desenvolver investigação científica de qualidade e colaborar no ensino graduado e pós-graduado;
- Acompanhamento das crianças e adolescentes no seu desenvolvimento até à idade adulta, sendo um elo de ligação entre a adolescência e a idade adulta, acompanhando o utente nesta fase de transição;
- Assegurar a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das doenças mentais bem como a reabilitação e a reinserção social das crianças e adolescentes com problemas de saúde mental;
- Manter uma estreita articulação com os cuidados de saúde primários, escolas e estruturas da comunidade, por forma a diminuir o estigma da doença mental, garantindo a inclusão e a reabilitação do utente;
- Intervir precocemente no diagnóstico e tratamento/reabilitação das crianças e adolescentes, reduzindo desse modo o impacto negativo das perturbações mentais nestas idades e na sociedade em geral;

- Participar em projetos na promoção, prevenção e investigação em Psiquiatria da Infância e Adolescência.

## 6. Principais Linhas Estratégicas para a Especialidade de Pedopsiquiatria

As linhas estratégicas vêm confirmar a informação contida na visão e objetivos da Especialidade. Daqui se retiram as linhas estratégicas essenciais para o BSC da Especialidade e que vão ao encontro das definidas pelo Centro Hospitalar no Plano de Atividades e Orçamento 2016, bem como no Plano Estratégico 2017<sup>18</sup>. Atendendo aos diversos eixos de atuação em que a Especialidade opera, propõem-se para a Especialidade de Pedopsiquiatria as seguintes linhas estratégicas:

- Continuar a assegurar os cuidados de saúde mental aos jovens e adolescentes que necessitam de apoio para o tratamento de problemas mentais, emocionais ou comportamentais, em plena articulação com as unidades de acolhimento e numa perspetiva de complementaridade;

- Fortalecer o desenvolvimento de parcerias com entidades do SNS, nomeadamente com os Cuidados de Saúde Mental e com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde Mental, em que se estabeleça uma correlação equilibrada entre o acesso, as necessidades em saúde e o equilíbrio entre custos e benefícios;

- Rentabilizar e otimizar os recursos disponíveis, mantendo, no entanto, a qualidade dos cuidados de saúde;

- Melhorar e contribuir para o melhoramento dos sistemas de informação e os sistemas de apoio à prática clínica, apostando dessa forma nas tecnologias de informação e comunicação;

- Promover ações e medidas com o objetivo de promover a saúde mental dos mais jovens, identificando precocemente eventuais grupos de risco e os mais vulneráveis, no sentido de prevenir eventuais comportamentos de risco e o diagnóstico precoce destas crianças e jovens;

- Intervenção em patologias que, pela sua elevada prevalência e morbilidade possam traduzir-se em custos a longo prazo para o Sistema de Saúde e para a Especialidade;

- Apostar na formação e na investigação científica como fatores essenciais para a melhoria contínua, para a aprendizagem e crescimento, adoção das melhores práticas

---

<sup>18</sup> Documento interno do CHLC (não se encontrar de momento no seio do domínio público).

clínicas e para a criação de valor em saúde. Para tal a cooperação interinstitucional é um fator crítico;

- Promover de forma contínua a qualidade no acesso aos cuidados de saúde bem como a qualidade dos serviços prestados.

## 7. Fatores críticos de sucesso para a Especialidade de Pedopsiquiatria

Para uma boa conceção do BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria, uma etapa essencial e que reveste uma grande importância para o delineamento de todo o processo de conceção BSC é a identificação dos fatores críticos de sucesso. Foram assim definidos, em conformidade com a Direção da Especialidade, alguns fatores críticos que não deverão ser descurados na elaboração do BSC. Estes fatores críticos serão a base para a identificação dos objetivos estratégicos e indicadores selecionados para a Especialidade. Na Tabela 2 apresentam-se os fatores críticos de sucesso identificados e propostos para a Pedopsiquiatria do HDE.

Linhas estratégicas	Fatores críticos de sucesso
<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover e desenvolver o conhecimento científico;</li><li>- Melhoria nos processos internos;</li><li>- Melhorar o acesso e satisfação dos utentes;</li><li>- Otimização de Recursos (eficiência na utilização dos recursos disponíveis);</li><li>- Promover a articulação interinstitucional (aumentando a cooperação e articulação com outras entidades).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Aumentar conhecimento e competências dos colaboradores, aumentar a produção científica e facilitar condições para a investigação e troca de conhecimento científico.</li><li>- Aumentar a eficiência da Especialidade, melhorar boas práticas clínicas, melhorar a atividade assistencial da Especialidade, avaliar a eficiência e efetividade dos serviços prestados.</li><li>- Melhorar o acesso à Especialidade, reduzir taxa de desmarcação de consultas, aumentar a satisfação dos Utentes.</li><li>- Utilização eficiente dos recursos, reduzir custos ou no limite mantê-los.</li><li>- Aumentar a colaboração com outros hospitais e instituições, maior colaboração com os Cuidados de Saúde Primários, facilitar a reintegração social dos utentes.</li></ul>

**Tabela 2** – Linhas estratégicas e fatores críticos de sucesso da Especialidade de Pedopsiquiatria

**Fonte:** Elaboração própria

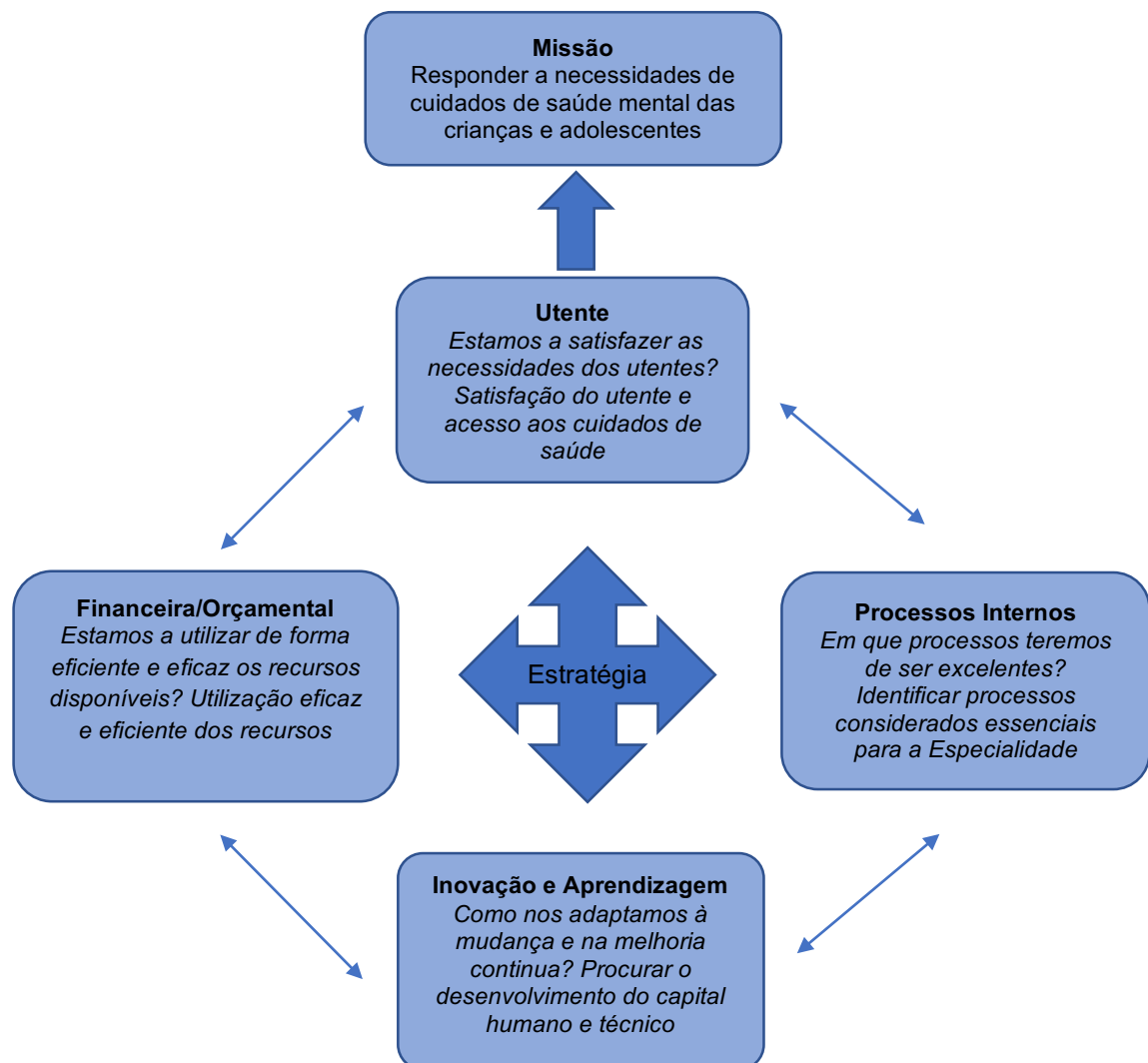


## 8. Modelo de BSC adaptado para a Especialidade de Pedopsiquiatria

O modelo adotado para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE foi elaborado a partir do modelo original de Kaplan e Norton (1992), seguindo as considerações dos autores Pinto (2009) e Ribeiro (2008) para estruturas organizativas do setor público e sem fins lucrativos. O modelo de BSC adaptado para a Especialidade de Pedopsiquiatria foi estruturado com base no modelo proposto por Ribeiro (2008) para o hospital público, tendo-se procedido à alteração da nomenclatura de duas das perspetivas do BSC, de modo a tornar mais perceptível o âmbito de cada uma delas.

A perspetiva da utilização dos recursos proposta por Ribeiro (2008), e definida por Kaplan e Norton (1992;1996a) por perspetiva Financeira, foi redefinida para a perspetiva Financeira/Orçamental uma vez que nas instituições de cariz público, as questões orçamentais constituem uma componente importante, pelo que, se deve considerar os custos que se devem controlar/limitar por forma a cumprir com o orçamento inicial/previsto. Esta perspetiva não seguiu o esquema original sugerido por Kaplan (2001), não constituindo assim a base do modelo, uma vez que, e segundo Ribeiro (2008) a satisfação dos objetivos desta perspetiva não constitui a finalidade última de um hospital público, mas sim uma limitação ou necessidade em prol do cumprimento dos objetivos da perspetiva dos Utentes. Esta ideia é partilhada pela Direção da Especialidade de Pedopsiquiatria, sendo a perspetiva que não tem tanta relevância no modelo proposto (confirmado pelo questionário que identificou a perspetiva dos Utentes como a mais relevante). A perspetiva dos Agentes (*Stakeholders*) proposta por Ribeiro (2008), e definida por Kaplan e Norton (1992; 1996a) por perspetiva de Clientes, foi redefinida por perspetiva do Utente, dado que o utente está no centro de todo o sistema e missão da Especialidade, pelo que, o utente é colocado na nomenclatura desta perspetiva de modo a ressaltar a sua importância.

Na Figura 2 é apresentado o Modelo de BSC adaptado para a Especialidade de Pedopsiquiatria.



**Figura 2** – Modelo BSC adaptado à Especialidade de Pedopsiquiatria: 4 perspetivas.

**Fonte:** Adaptado de Ribeiro (2008). Elaboração própria.

## 9. Definição das Perspetivas para a Especialidade de Pedopsiquiatria

No processo de conceção do BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria, foi seguido o processo lógico e sequencial de construção desta metodologia, pelo que, foi feita a identificação e definição das perspetivas do BSC para a Especialidade, a partir das quais foram definidos os objetivos e indicadores a incluir em cada uma das perspetivas.

As perspetivas definidas foram:

- A - Inovação e Aprendizagem: nesta perspetiva procurou-se incluir aspetos diretamente relacionados com atividades e ações que permitirão o

desenvolvimento do conhecimento científico, desenvolvimento de competências individuais e de grupo, bem como o despertar para a necessidade de inovar em saúde. Estas ações serão indutoras de mudanças e contribuem decisivamente para o alcance dos objetivos definidos nas outras perspetivas. Em suma, procura o desenvolvimento do capital humano, técnico e organizacional.

- B - Processos Internos: nesta perspetiva procurou-se incluir aspetos diretamente relacionados com os processos essenciais para a Especialidade, garantindo assim o desempenho económico-financeiro e a sua sustentabilidade, bem como aumentar a satisfação dos seus utentes, promovendo a eficiência e gerando valor em saúde. Permite a identificação de procedimentos que poderão permitir alcançar melhores resultados (para o utente e para o sistema de saúde) com a alocação de recursos financeiros, técnicos e humanos de forma mais eficiente. Em suma, procura identificar os processos internos da Especialidade, considerados essenciais para o cumprimento dos objetivos estratégicos;
- C - Utente: nesta perspetiva procurou-se colocar em destaque os agentes que beneficiam diretamente da Especialidade de Pedopsiquiatria. O acesso aos cuidados de saúde e a satisfação do utente são questões essenciais a abordar nesta perspetiva;
- D - Financeira/Orçamental: nesta perspetiva procurou-se incluir aspetos diretamente relacionados com o desempenho económico-financeiro e orçamental, que garantam a sustentabilidade e comportabilidade da prestação dos cuidados de saúde. Em suma, procura responder à problemática efetividade da utilização dos recursos disponíveis e a sua utilização eficaz e eficiente.

Embora as perspetivas definidas para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE não correspondam exatamente às originais definidas por Kaplan e Norton (1992), no entanto elas tendem a convergir para o modelo inicial e asseguram os princípios inerente a cada perspetiva enunciada por Kaplan e Norton. A Tabela 3 permite fazer a comparação entre as perspetivas originais propostas por Kaplan e Norton (1992), as perspetivas propostas por Ribeiro (2008) e as perspetivas adotadas para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE.

<b>Perspetiva BSC propostas por Kaplan e Norton (1992)</b>	<b>Perspetivas BSC propostas por Ribeiro (2008)</b>	<b>Perspetivas adotadas para a Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânica</b>
Clientes	<i>Agentes/Stakeholders</i>	Utente
Financeira	Utilização de Recursos	Financeira/Orçamental
Processos Internos de Negócios	Processos Internos	Processos Internos
Aprendizagem e Crescimento	Inovação e Aprendizagem	Inovação e Aprendizagem

**Tabela 3** – Comparação entre as perspetivas do BSC propostas por Kaplan e Norton (1992), Ribeiro (2008) e as adotadas para a Pedopsiquiatria do HDE

**Fonte:** Adaptado de Kaplan e Norton (1992) e Ribeiro (2008). Elaboração própria.

## 10. Objetivos Estratégicos para a Especialidade de Pedopsiquiatria

Uma vez definidas as perspetivas do BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria, é essencial definir os objetivos estratégicos que farão parte de cada uma das perspetivas anteriormente enunciadas. Na definição dos objetivos para o Pedopsiquiatria, procurou-se selecionar objetivos claros, simples, mensuráveis e que fossem exequíveis.

Os objetivos estratégicos são elementos essenciais para que o BSC funcione, estando integrados nas diversas perspetivas que compõem o BSC, derivando estes, dos fatores críticos de sucesso para a Especialidade e das relações de causa-efeitos que se estabelecem entre eles. Após diversas reuniões de trabalho com a Direção da Especialidade, foram definidos os objetivos que melhor se enquadravam à Especialidade.

Os objetivos estratégicos definidos para a Pedopsiquiatria foram facilmente perceptíveis pelos Órgãos de Direção da Especialidade, tendo sido aceites e aprovados pelo Direção da Especialidade como sendo objetivos que assumem extrema relevância para a Especialidade de Pedopsiquiatria, estando alinhados com a estratégia do Centro Hospitalar. Os objetivos estratégicos escolhidos contribuem para a ação e dinâmica da Especialidade, todos eles se iniciam com verbos de ação, evidenciando a natureza dinâmica de orientação para a estratégia e para os resultados.

Apresentam-se na Tabela 4 os objetivos estratégicos definidos para a Especialidade de Pedopsiquiatria bem como a sua distribuição pelas respectivas perspectivas do BSC.

<b>Perspetiva A: Inovação e Aprendizagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar Conhecimento e Competências dos Colaboradores da Especialidade</li> <li>• Aumentar a Produção Científica</li> <li>• Facilitar Condições para a Investigação e Troca de Conhecimento Científico</li> <li>• Estabelecer Protocolos com Hospitais e outras instituições (ex. Universidades)</li> </ul>
<b>Perspetiva B: Processos Internos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a Eficiência da Especialidade</li> <li>• Melhorar/Manter as Boas Práticas Clínicas</li> <li>• Melhorar a Atividade Assistencial da Especialidade</li> <li>• Assegurar a Continuidade dos Cuidados de Saúde aos Utentes</li> <li>• Avaliar a Eficiência e Efetividade dos Serviços Prestados</li> </ul>
<b>Perspetiva C: Utentes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir Tempos de Espera para o Internamento Programado</li> <li>• Reduzir Taxa de Desmarcação de Consultas</li> <li>• Melhorar o Acesso à Especialidade</li> <li>• Aumentar a Satisfação dos Utentes</li> </ul>
<b>Perspetiva D: Financeira/Orçamental</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir/Manter Custos</li> <li>• Garantir a Sustentabilidade Económico-Financeira da Especialidade</li> </ul>

**Tabela 4** – Objetivos estratégicos definidos para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

**Fonte:** Elaboração própria.

## 11. Indicadores para a Especialidade de Pedopsiquiatria

No processo de seleção e definição dos indicadores para o BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria, e atendendo à literatura revista sobre esta temática, mais importante que o número de indicadores escolhidos é a qualidade de informação que os mesmos podem fornecer para a correta avaliação e monitorização do cumprimento dos objetivos estratégicos. Clareza, simplicidade, fiabilidade, facilidade na obtenção da informação e tratamento da mesma são características essenciais para um bom indicador (Caldeira, 2010).

Da mesma forma que na definição dos objetivos eles devem ser realistas e concretizáveis, na seleção dos indicadores o mesmo se aplica. É sugerido por vários autores que o número de indicadores não se estenda em demasia.

Kaplan e Norton (1992,1996a,1996b,2001b), Ittner e Larcker (1998), Niven (2003, 2006), sugerem que um BSC deverá ter entre 20 a 25 indicadores, distribuídos pelas várias perspetivas. De acordo com Calhau (2009), um BSC com muitos objetivos estratégicos e indicadores poderá não refletir o que é essencial para um serviço.

Para a seleção dos indicadores a incluir na proposta de BSC, foram tidos em consideração os resultados do questionário. No entanto, alguns indicadores que obtiveram consenso entre os participantes não serão incluídos nesta proposta de BSC para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE, como é o caso do Indicador (N.º de suicídio durante o internamento), uma vez que o mesmo que não tem relevância (atendendo ao histórico de eventos registados) para a Especialidade. Os indicadores apurados foram analisados individualmente e foram selecionados os que melhor se adequavam à Especialidade em estudo. No entanto, numa fase posterior os indicadores podem ser alterados, tendo em vista o reajustamento do modelo proposto.

Na Tabela 5, são apresentados os indicadores selecionados para cada um dos objetivos estratégicos, assim como o código de identificação do indicador e a métrica e ele associado.

Objetivos	Indicadores	Métrica
<b>Perspetiva A: Inovação e Aprendizagem</b>		
I-Aumentar Conhecimento e Competências dos Colaboradores da Especialidade	<b>IA-I-01</b> - Atividades de formação por colaborador	Número
II-Aumentar a Produção Científica	<b>IA-II-02</b> - Projetos de Investigação Desenvolvidos pela Especialidade	Número
	<b>IA-II-03</b> - Publicações e Comunicações Científicas	Número
III-Facilitar Condições para a Investigação e Troca de Conhecimento Científico	<b>IA-III-04</b> - Representações em Congressos Nacionais e Internacionais	Número
	<b>IA-III-05</b> - Rácio médico especialista por n.º de internos	(%)
IV-Estabelecer Protocolos com Hospitais e outras instituições (ex. Universidades)	<b>IA-IV-06</b> - Protocolos celebrados entre Hospitais e outras instituições	Número
<b>Perspetiva B: Processos Internos</b>		
V-Aumentar a Eficiência da Especialidade	<b>PI-V-01</b> - Demora média de Internamento	Número (dias)
VI-Melhorar/Manter as Boas Práticas Clínicas	<b>PI-VI-02</b> - % de reinternamentos em 30 dias, na mesma GCD	(%)
	<b>PI-VI-03</b> - Taxa de readmissão da urgência dentro das 72 horas (urgência)	
VII-Melhorar a Atividade Assistencial da Especialidade	<b>PI-VII-04</b> - Utentes saídos face ao ano anterior	Número
	<b>PI-VII-05</b> - Primeiras Consultas	Número
	<b>PI-VII-06</b> - Consultas Externas Subsequentes	Número
	<b>PI-VII-07</b> - Sessões em Hospital de Dia	Número
	<b>PI-VII-08</b> - Consultas de Crise	Número
VIII-Assegurar a Continuidade dos Cuidados de Saúde aos Utentes	<b>PI-VIII-09</b> - Taxa de Abandono (n.º utentes com falta à primeira consulta ou sessão de hospital de dia sem justificação e não tenham consulta/sessão marcada nos 3 meses seguintes)	(%)
IX-Avaliar a Eficiência e Efetividade dos Serviços Prestados	<b>PI-IX-10</b> - % de utentes com melhoria clínica por aplicação de	(%)

	instrumento de avaliação padronizado <b>PI-IX-11-</b> % de utentes com melhoria no grau de funcionalidade por aplicação de instrumento de avaliação padronizado	(%)
<b>Perspetiva C: Utente</b>		
X-Reduzir Tempos de Espera para o Internamento Programado	<b>UT-X-01 - Tempo</b> de espera por uma vaga no internamento programado	Número (dias)
XI-Reduzir Taxa de Desmarcação de Consultas	<b>UT-XI-02</b> -Consultas desmarcadas a pedido do utente	Número
XII-Melhorar o Acesso à Especialidade	<b>UT-XII-03 - Tempo</b> médio de espera para a 1. <sup>a</sup> consulta de acordo com o CTH (exceto consulta de crise)	Número (dias)
XIII-Aumentar a Satisfação dos Utentes da Especialidade	<b>UT-XIII-04</b> - Reclamações Recebidas por utente saído	(%)
	<b>UT-XIII-05</b> - Índice de Satisfação com os serviços (aplicação ao ambulatório e internamento)	(%)
<b>Perspetiva D: Financeira/Orçamental</b>		
XIV-Reduzir/Manter Custos	<b>FO-XIV-01</b> - Custos com o pessoal	Número (€)
XV-Garantir a Sustentabilidade Económico-Financeira da Especialidade	<b>FO-XV-02</b> - <b>Custo</b> unitário por utente	Número (€)

**Tabela 5** – Indicadores selecionados para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

**Fonte:** Elaboração própria.

No que respeita ao indicador “Número de médicos a realizarem o internato médico da Especialidade”, este indicador apesar de ter obtido consenso, o mesmo não foi considerado para efeitos da proposta para a Especialidade, uma vez que, sendo a Pedopsiquiatria do HDE detentora de Idoneidade Formativa Total, gere o número de vagas a abrir para cada ano para a Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. A Especialidade de Pedopsiquiatria sabe anualmente quantos médicos internos de Especialidade entram para a Especialidade, sendo que seria um indicador pouco relevante para integrar o BSC nesta fase.

Os indicadores “N.º de alunos a realizarem estágio na Especialidade (não médicos)” e “Índice de Satisfação do Colaborador” não foram considerados para efeitos de proposta,



no entanto deverão ser avaliados posteriormente pela Especialidade sobre a pertinência dos mesmos. A Especialidade considera como relevantes os indicadores “Demora média de internamento”; Taxa de Abandono” e “Reclamações recebidas por utente saído”.

Apesar destes indicadores não terem sido os indicadores que geraram maior consenso, no entanto atendendo aos objetivos e características da Especialidade os mesmos integraram a proposta de BSC.

Dos indicadores que geraram menos consenso destacam-se a “Taxa de ocupação”, “% primeiras consultas médicas no total de consultas médicas” e “% consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas”, no entanto a Especialidade dispõe dessa informação extraída de outras fontes de informação, pelo que estes indicadores não fazem parte da proposta de BSC, uma vez que iria duplicar informação já existente.

Os resultados dos indicadores relacionados com a avaliação do risco clínico e segurança do utente, como por exemplo “n.ºs de internamentos compulsivos”, “n.º de altas contra parecer médico”, “n.º de ocorrências de tentativas de agressão, autoagressão e automutilação” não teriam impacto significativo para a Especialidade (com base no histórico de registos).

O indicador “Taxa de mortalidade”, apesar de ser um indicador relevante para a avaliação em saúde, no contexto da saúde mental infantojuvenil e mais concretamente nesta Especialidade não tem qualquer impacto, não sendo por isso um indicador relevante para integrar o BSC da Especialidade.

A atribuição da codificação dos indicadores seguiu a seguinte sequência lógica:

- Os dois primeiros dígitos correspondem à perspetiva do BSC em que o indicador se encontra associado;
- Os dígitos intermédios (numeração romana) correspondem ao objetivo estratégico;
- Os dois dígitos (números) são sequenciais dentro de cada perspetiva.

#### **Exemplo 1: IA-I-01**

IA- Perspetiva do BSC: Inovação e Aprendizagem

I - Objetivo Estratégico: Aumentar Conhecimento e Competências dos Colaboradores da Especialidade

01 – Atividades de formação por colaborador

Exemplo 2: UT-XII-03

UT- Perspetiva do BSC: Utente

XII - Objetivo Estratégico: Melhorar o Acesso à Especialidade

03 – Tempo médio de espera para a 1.<sup>a</sup> consulta de acordo com o CTH (exceto consulta de crise)

Para cada indicador foi criada uma ficha individual, designada por “Ficha Individual do Indicador” que contém informações detalhadas sobre cada indicador, com o objetivo de ser uma linha orientadora que permitirá a todos os utilizadores do BSC ter uma definição clara de como o indicador se comporta. Esta Ficha do Indicador permitirá a comparabilidade dentro e fora da Especialidade com estruturas organizacionais idênticas. Nestas fichas são fornecidas diversas informações, nomeadamente:

- a) Código Identificativo e Nome do Indicador;
- b) Perspetiva do BSC a que diz respeito;
- c) Responsável pelo Indicador;
- d) Estratégia implícita;
- e) Objetivo do Indicador;
- f) Tipo de Indicador (Resultado/Ação);
- g) Periodicidade
- h) Métrica
- i) Fórmula de cálculo;
- j) Fontes de Dados;
- k) Observações e comentários.

Apresentam-se no Anexo 2 todas as fichas individuais dos indicadores propostos para a Especialidade de Pedopsiquiatria, onde consta a informação chave relativamente a cada indicador.

## 12. Alguns Instrumentos que poderão Auxiliar na Recolha de Informação para os Indicadores Seleccionados

Alguns indicadores irão necessitar de fontes de informação para que os mesmos possam gerar informação de qualidade e validada pelo que, sugere-se um conjunto de instrumentos padronizados que poderão auxiliar nessa recolha de informação.

Para avaliar a percentagem de utentes com melhoria clínica (**Indicador PI-IX-10**) sugere-se a aplicação do um instrumento para avaliar a sintomatologia: instrumento padronizado (BPRS – C). Para avaliar a melhoria do grau de funcionalidade do utente (**Indicador PI-IX-11**), sugere-se a utilização da Escala de Funcionalidade Global da Criança – CGAS e o Questionário de Avaliação de Capacidades e Dificuldades – SDQ).

Para a avaliação da satisfação dos utentes da Especialidade (**Indicador UT-XIII-05**), sugere-se a utilização do instrumento CHI-ESQ, nas versões para pais, crianças do 9 aos 12 anos e dos 12 aos 18 anos.

Os instrumentos referidos encontram-se disponíveis no website do CAMHS Outcome Research Consortium, através do endereço eletrónico <http://corc.uk.net/index.php?contentkey=81>.

De referir que algumas unidades de acolhimentos da Especialidade já utilizam os seus próprios instrumentos para avaliar a efetividade dos serviços prestado, no entanto, os mesmos não são aplicados em todas as unidades de acolhimento, pelo que, será necessário avaliar de forma mais pormenorizada a possibilidade da utilização destes novos instrumentos padronizados por todas as unidades de acolhimento destes instrumentos e a periodicidade de sua aplicação. Na avaliação do nível de melhoria clínica e do grau de funcionalidade deverá ser definido conjuntamente com os profissionais de saúde e atendendo à situação clínica do utente, a periodicidade da aplicação dos instrumentos. No que diz respeito à avaliação da satisfação com os serviços (**Indicador UT-XIII-05**), sugere-se que o instrumento seja aplicado no momento da saída do utente, quer seja no internamento e no ambulatório. A avaliação do grau de satisfação do utente com os serviços deverá ser complementada com a avaliação das reclamações recebidas por utente saído (**Indicador UT-XIII-04**).

De salientar que os instrumentos para a avaliação do grau de funcionalidade do utente e da sua melhoria clínica, bem como a avaliação da satisfação pelos utentes da

Especialidade pelos serviços prestados referidos anteriormente são recomendados pela Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (2011).

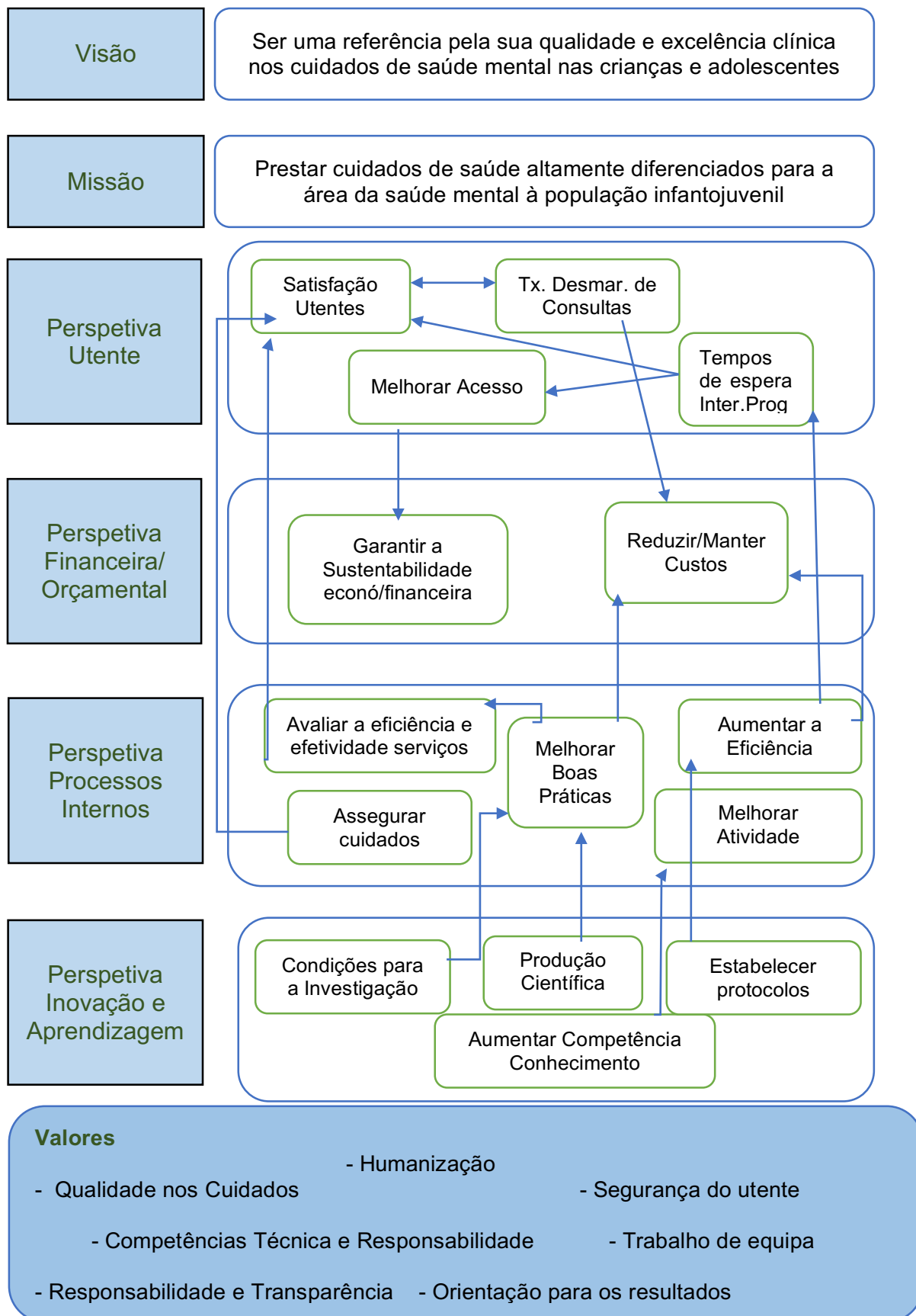
### **13. Metas e Iniciativas para a Especialidade de Pedopsiquiatria**

No âmbito do presente trabalho, não foi possível, pelos motivos a seguir expostos, definir as metas e iniciativas passíveis de integrar o respectivo BSC para a Especialidade. Face à natureza das metas e iniciativas a adotar para a Especialidade e atendendo a que muitas delas são definidas pela Tutela e pela gestão de topo, cabe à Coordenação da Área da Mulher, Criança e Adolescente, à Especialidade de Pedopsiquiatria conjuntamente com o Conselho de Administração do CHLC, definirem as metas a atingir bem como as iniciativas e ações a desenvolver.

### **14. Mapa Estratégico para a Especialidade de Pedopsiquiatria**

Tendo sido definidos os objetivos estratégicos e os indicadores e eles associados, a construção do mapa estratégico para a Especialidade é essencial, pois permitirá visualizar a relação causa-efeito que se estabelece entre os objetivos estratégicos e as perspetivas do BSC, sendo o mapa apresentado em forma de diagrama de cascata.

Na Figura 3 é apresentado o Mapa Estratégico adaptado para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE.



**Figura 3:** Mapa Estratégico para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

**Fonte:** Elaboração própria.

A partir da elaboração do mapa estratégico é possível verificar as interações que se estabelecem entre as 4 perspetivas do BSC e os diversos objetivos estratégicos que as compõem, refletindo as relações causa-efeito estabelecidas entre si. Analisando o mapa estratégico podemos encontrar na base os valores que regem a Especialidade de Pedopsiquiatria, sendo os alicerces de toda a atividade assistencial.

O mapa estratégico segue um processo lógico com vista a concretização da missão e visão da Especialidade, tendo como perspetiva do BSC mais relevante a perspetiva do utente. Todo o mapa irá convergir em ações e relações causa-efeito que proporcionaram a criação de valor para o utente.

Partindo da perspetiva de inovação e aprendizagem, considerou-se que a mesma é um impulsionador de ação que contribui de forma direta para a melhoria da prática clínica, e por consequente melhoria da atividade assistencial e aumento da eficiência da Especialidade. Seguindo os fluxos gerados (representados pelas setas), podemos identificar as relações de causa-efeito entre os objetivos estratégicos. Apostar nas competências técnicas dos profissionais de saúde, bem como na criação de condições para aumentar a produção científica e a investigação possibilitam a melhoria dos processos internos, nomeadamente melhorar as boas práticas clínicas e melhorar a atividade assistencial. O aumento de conhecimento permite potenciar tratamentos mais eficazes e com melhor qualidade e rigor técnico-científico. Melhorar práticas clínicas permitiram obter melhores resultados na avaliação da eficiência e efetividade dos serviços (medidos pelo grau de funcionalidade do utente e da melhoria clínica) permitindo um aumento da satisfação dos utentes, reduzindo dessa forma a taxa de desmarcação de consultas a pedido do utente. Ter profissionais altamente qualificados, em constante atualização e renovação do conhecimento científico nestas áreas do saber, permitiram a melhoria das boas práticas clínicas e uma redução dos custos, na medida em que boas práticas clínicas gerem melhores resultados assistenciais, melhoria nos cuidados prestados aos utentes (medidos pela eficiência e efetividades dos serviços) demoras médias de internamento mais baixas, para além de diminuírem o índice de reinternamentos e a taxas de readmissão na urgência. Também a satisfação do utente tende a aumentar nestas circunstâncias.

Aumentar os protocolos com outras instituições de saúde (Hospitais, Universidades), permite o contacto com estudantes e outros profissionais de saúde que constituem fontes de informação atualizada, conhecimento e experiência, muitas vezes envolvidos

em projetos com interesse para a Especialidade. Para além disso, estas colaborações possibilitam o aumentar a eficiência da Especialidade, reduzir/manter custos, na medida em que muitos estudantes são provenientes de escolas e não são remunerados, o estabelecimento de protocolos com outras instituições de saúde permite o racionamento dos recursos físicos e humanos afetos aos cuidados e a deslocação de utentes para outros estabelecimentos, permitindo dessa forma melhorar o acesso e eficiência da Especialidade.

Um dos problemas que encontramos hoje em dias em grande parte dos hospitais está relacionado com a demora média do internamento (medido em dias), pelo que, quanto maior a duração dos serviços prestados, maiores os custos para a Especialidade e, conseqüentemente, para o Hospital/Centro Hospitalar. Estes custos resultam essencialmente de custos com os recursos humanos, hotelaria e ocupação de camas. Neste sentido um aumento da eficiência no internamento e dessa forma reduzir o tempo médio de internamento, possibilita a redução de custos e permite reduzir os tempos de espera para o internamento programado, possibilitando ainda o aumento da satisfação dos utentes.

No que se refere à taxa de desmarcação de consultas a pedido do utente, valores muito elevados contribuem para desperdícios de tempo e de recursos. A não realização de consultas por falta de comparência do utente (contabilizada aqui como desmarcada) conduzem, frequentemente, a dias menos produtivos. Esta má gestão “forçada” dos recursos humanos relaciona-se, mais uma vez, com um aumento de custos.

## ANEXO II

### Ficha individual dos indicadores estabelecidos para a Especialidade de Pedopsiquiatria do HDE

**Código identificador:** IA-I-01

**Nome:** Atividades de formação por colaborador

**Perspetiva do BSC:** Inovação e Aprendizagem

**Estratégia:** Desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde

**Objetivo a medir:** Aumentar conhecimento e competências dos colaboradores

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum$  do número de formações realizadas no período

**Fonte de Dados:** Gabinete de Formação

**Periodicidade:** Anual

**Responsável pelo Indicador:** a definir

**Observações e comentários:** as formações devem ser repartidas em função da categoria profissional do colaborador.

**Código identificador:** IA-II-02

**Nome:** Projetos de Investigação Desenvolvidos pelo Serviço

**Perspetiva do BSC:** Inovação e Aprendizagem

**Estratégia:** Desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde

**Objetivo a medir:** Aumentar a produção científica

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum$  do número de projetos desenvolvidos pela Especialidade

**Fonte de Dados:** Gabinete de Formação

**Periodicidade:** Anual

**Responsável pelo Indicador:** a definir

**Observações e comentários:**



**Código identificador:** IA-II-03

**Nome:** Publicações e Comunicações Científicas

**Perspetiva do BSC:** Inovação e Aprendizagem

**Estratégia:** Desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde

**Objetivo a medir:** Aumentar a produção científica

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum$  do número de publicações e comunicações no período

**Fonte de Dados:** Gabinete de Formação

**Periodicidade:** Anual

**Responsável pelo Indicador:** a definir

**Observações e comentários:**

**Código identificador:** IA-III-04

**Nome:** Representações em Congressos Nacionais e Internacionais

**Perspetiva do BSC:** Inovação e Aprendizagem

**Estratégia:** Desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde

**Objetivo a medir:** Facilitar condições para a investigação e troca de conhecimento

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum$  do número de representações em congressos

**Fonte de Dados:** Gabinete de Formação

**Periodicidade:** Anual

**Responsável pelo Indicador:** a definir

**Observações e comentários:** a participação em congresso permite a atualização de conhecimentos, partilha de experiências clínicas e melhoria na prática clínica. Neste indicador podem ser considerados o n.º representação em que a Especialidade esteve presente e/ou a presença dos seus colaboradores nos congressos.

**Código identificador:** IA-III-05

**Nome:** Rácio médico especialista por n.º de internos

**Perspetiva do BSC:** Inovação e Aprendizagem

**Estratégia:** Desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde

**Objetivo a medir:** Facilitar condições para a investigação e troca de conhecimento

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Percentagem

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum \text{N.º de médicos especialistas} / \sum \text{N.º de internos}$

**Fonte de Dados:** Recursos Humanos / Direção da Especialidade

**Periodicidade:** Anual

**Responsável pelo Indicador:** a definir

**Observações e comentários:**

**Código identificador:** IA-IV-06

**Nome:** Protocolos celebrados entre Hospitais e outras instituições

**Perspetiva do BSC:** Inovação e Aprendizagem

**Estratégia:** Desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde

**Objetivo a medir:** Estabelecer Protocolos com Hospitais e outras instituições (ex. Universidades)

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum \text{do número de protocolos estabelecidos}$

**Fonte de Dados:** Direção da Especialidade

**Periodicidade:** Anual

**Responsável pelo Indicador:** a definir

**Observações e comentários:**

**Código identificador: PI-V-01**

**Nome:** Demora Média de Internamento

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Aumentar a eficiência da Especialidade (reduzir tempo internamento)

Indicador que exprime o número médio de dias de internamento por utente saído da Especialidade.

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número de dias

**Fórmula de Cálculo:** N.º de dias de internamento do período em análise / N.º de utentes saídos desse período.

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:** a) Dias Internamento: Total de dias de internamento de todos os utentes com exceção dos dias de alta (não são considerados os dias de SO < 24h.) b) Utentes Saídos: Total de utentes saídos

**Código identificador: PI-VI-02**

**Nome:** % de reinternamentos em 30 dias, na mesma GCD

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Melhorar/Manter as Boas Práticas Clínicas (monitorização das altas). Indicador que expressa (%), o n.º de episódios de internamento ocorridos nos 30 dias posteriores à alta no total de episódios de internamento do período, na mesma GCD.

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Percentagem

**Fórmula de Cálculo:**  $(\sum \text{Total de reinternamentos, na mesma GCD, ocorridos até 30 dias após a alta do utente} / \sum \text{Total de episódios de internamento, no período em análise}) \times 100$

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:** Total de reinternamentos nos 30 dias posteriores à alta do utente. São considerados apenas os reinternamentos cujo 1.º internamento também ocorreu no período em análise. Total de episódios de internamento: total de internamentos com alta no período

**Código identificador: PI-VII-03**

**Nome:** Taxa de readmissão da urgência dentro das 72 horas (urgência)

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Melhorar/Manter as Boas Práticas Clínicas (melhorar assistência ao utente). Indicador que exprime a taxa de utentes com admissão na urgência até 72 horas após a alta da urgência.

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Percentagem

**Fórmula de Cálculo:**  $(\sum N.^{\circ} \text{ de episódios de urgência, no período, de utentes com alta da urgência até 72 horas (exclusive) antes da admissão} / \sum N.^{\circ} \text{ de episódios de urgência no período})$

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:**

**Código identificador: PI-VII-04**

**Nome:** Utentes saídos face ao ano anterior

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Melhorar a Atividade Assistencial da Especialidade  
Indicador que exprime a  $\Delta$  do número de utentes saídos

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $(\sum N.^{\circ} \text{ de utentes saídos } N-1) - (\sum N.^{\circ} \text{ de utentes saídos } N)$

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:**

**Código identificador:** PI-VII-05

**Nome:** Primeiras Consultas

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Melhorar a Atividade Assistencial da Especialidade

Indicador que exprime o número de utentes saídos

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum$  primeiras consultas ano N (período considerado)

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:**

**Código identificador:** PI-VII-06

**Nome:** Consultas Externas Subsequentes

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Melhorar a Atividade Assistencial da Especialidade

Indicador que exprime o número de consultas externas subsequentes

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum$  primeiras consultas subsequentes ano N (período considerado)

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:**

**Código identificador: PI-VII-07**

**Nome:** Sessões em Hospital de Dia

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Melhorar a Atividade Assistencial da Especialidade

Indicador que exprime o número Sessões em Hospital de Dia

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum$  primeiras consultas ano N (período considerado)

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:**

**Código identificador: PI-VII-08**

**Nome:** Consultas de Crise

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Melhorar a Atividade Assistencial da Especialidade

Indicador que exprime o número de consultas de crise

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum$  primeiras consultas ano N (período considerado)

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:**

**Código identificador:** PI-VIII-09  
**Nome:** Taxa de Abandono

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Assegurar a Continuidade dos Cuidados de Saúde aos Utentes

**Tipo de indicador:** Resultado/ação

**Métrica:** Percentagem

**Fórmula de Cálculo:**  $(\sum N.^{\circ} \text{ utentes com falta na primeira consulta/sessão no período} / (\sum \text{ Total primeiras consultas/sessões marcadas no período}) * 100$

**Fonte de Dados:** Direção da Especialidade

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:** N° utentes com falta à primeira consulta ou sessão de hospital de dia sem justificação e não tenham consulta/sessão marcada nos 3 meses seguintes.

**Código identificador:** PI-IX-10  
**Nome:** % de utentes com melhoria clínica

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Avaliar a Eficiência e Efetividade dos serviços prestados

**Tipo de indicador:** Resultado/ação

**Métrica:** Percentagem

**Fórmula de Cálculo:** a definir tendo em conta o instrumento a aplicar.

**Fonte de Dados:** Questionário

**Periodicidade:** a definir

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:** aplicação de instrumento de avaliação padronizado

**Código identificador: PI-IX-11**

**Nome:** % de utentes com melhoria no grau de funcionalidade

**Perspetiva do BSC:** Processos Internos

**Estratégia:** Identificação de processos essenciais que poderão permitir alcançar melhores resultados

**Objetivo a medir:** Avaliar a Eficiência e Efetividade dos serviços prestados

**Métrica:** Percentagem

**Fórmula de Cálculo:** a definir tendo em conta o instrumento a aplicar

**Fonte de Dados:** Questionário

**Periodicidade:** a definir

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:** aplicação de instrumento de avaliação padronizado

**Código identificador: UT-X-01**

**Nome:** Tempo de espera por uma vaga no internamento programado

**Perspetiva do BSC:** Utente

**Estratégia:** Garantir o acesso aos cuidados de saúde e a satisfação do utente

**Tipo de indicador:** Resultado/ação

**Métrica:** Número (dias)

**Fórmula de Cálculo:**  $(\sum \text{Dias entre o registo para o internamento programado e a efetivação do internamento}) / (\sum \text{pedidos de internamento})$

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** a definir

**Observações e comentários:** Reduzir Tempos de Espera para o Internamento Programado

Tempo de espera: dias entre o registo do pedido de internamento até à realização do internamento.



**Código identificador:** UT-XI-02

**Nome:** Consultas desmarcadas a pedido do utente

**Perspetiva do BSC:** Utente

**Estratégia:** Garantir o acesso aos cuidados de saúde e a satisfação do utente

**Objetivo a medir:** Reduzir Taxa de Desmarcação de Consultas

**Tipo de indicador:** Ação

**Métrica:** Número

**Fórmula de Cálculo:**  $\sum$  Consultas desmarcadas pelo utente

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** a definir

**Observações e comentários:** deverá ser ponderado a utilização de um indicador que exprima o n.º de consultas desmarcadas pela Especialidade.

**Código identificador:** UT-XII-03

**Nome:** Tempo médio de espera para a 1.ª consulta de acordo com o CTH (exceto consulta de crise)

**Perspetiva do BSC:** Utente

**Estratégia:** Garantir o acesso aos cuidados de saúde e a satisfação do utente

**Objetivo a medir:** Melhorar o Acesso à Especialidade (Reduzir o tempo de espera para a primeira consulta)

Indicador que expressa o tempo médio entre a formalização do pedido de 1.ª consulta e a realização da mesma. Expressa o peso percentual das primeiras consultas de origem do CTH no total de primeiras consultas.

**Tipo de indicador:** Resultado/ação

**Métrica:** Número de Dias

**Fórmula de Cálculo:**  $(\sum \text{Dias entre o pedido de consulta e a realização da consulta}) / (\sum \text{Consultas realizadas no período})$

**Fonte de Dados:** Sonho

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:** Dias de espera: dias entre o pedido de consulta e a realização da consulta, para as primeiras consultas realizadas no período. Tem por referência o CTH (Consultas a Tempo e Hora)

**Código identificador:** UT-XIII-04

**Nome:** Reclamações Recebidas por utente saído

**Perspetiva do BSC:** Utente

**Estratégia:** Garantir o acesso aos cuidados de saúde e a satisfação do utente

**Objetivo a medir:** Aumentar a Satisfação dos Utentes da Especialidade (medir satisfação utente). Indicador que expressa o número de reclamações apresentadas no Gabinete do Cidadão.

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Percentagem

**Fórmula de Cálculo:**  $(\sum \text{Reclamações entradas} / \sum \text{Utentes saídos}) * 100$

**Fonte de Dados:** Gabinete do Cidadão

**Periodicidade:** Mensal

**Responsável pelo Indicador:** Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**Observações e comentários:** deverá ser ponderado a utilização de um indicador que exprima o n.º de sugestões recebidas e o n.º de sugestões aceites e implementadas.

**Código identificador:** UT-XIII-05

**Nome:** Índice de Satisfação com os serviços  
(aplicação ao ambulatório e internamento)

**Perspetiva do BSC:** Utente

**Estratégia:** Garantir o acesso aos cuidados de saúde e a satisfação do utente

**Objetivo a medir:** Aumentar a Satisfação dos Utentes da Especialidade (medir satisfação utente)

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Percentagem

**Fórmula de Cálculo:** a definir tendo em conta o instrumento a aplicar

**Fonte de Dados:** Questionários

**Periodicidade:** a definir

**Responsável pelo Indicador:** Especialidade de Pedopsiquiatria

**Observações e comentários:** aplicação de instrumento de avaliação padronizado

**Código identificador: FO-XIV-01**

**Nome:** Custos com o pessoal

**Perspetiva do BSC:** Financeira/Orçamental

**Estratégia:** Responder à problemática efetividade da utilização dos recursos disponíveis e a sua utilização eficaz e eficiente.

**Objetivo a medir:** Reduzir/Manter Custos

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Euros

**Fórmula de Cálculo:** Soma dos custos com a rubrica de pessoal

**Fonte de Dados:** Sistema Integrado de Informação Hospitalar - Sonho

**Periodicidade:** Anual

**Responsável pelo Indicador:** a definir

**Observações e comentários:** Monitorizar os custos com o pessoal. O ideal será reduzir os custos, não sendo possível reduzir é sugerido mantê-los.

**Código identificador: FO-XV-02**

**Nome:** Custo unitário por utente

**Perspetiva do BSC:** Financeira/Orçamental

**Estratégia:** Responder à problemática efetividade da utilização dos recursos disponíveis e a sua utilização eficaz e eficiente.

**Objetivo a medir:** Garantir a Sustentabilidade Económico-Financeira da Especialidade

**Tipo de indicador:** Resultado

**Métrica:** Euros

**Fórmula de Cálculo:** soma de várias rubricas

**Fonte de Dados:** Sistema Integrado de Informação Hospitalar - Sonho

**Periodicidade:** Anual

**Responsável pelo Indicador:** a definir

**Observações e comentários:** O ideal será reduzir o custo unitário por utente, não sendo possível reduzir é sugerido mantê-lo.

A ficha individual dos indicadores deverá ser revista pela Direção da Especialidade de Pedopsiquiatria em conjunto com a gestão de topo de modo a definir com maior rigor e precisão os elementos que cada indicador deverá conter, garantindo deste modo uma correta e eficaz recolha e tratamento da informação.

## APÊNDICE A

### Carta de Apresentação ao CA do CHLC



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

**Exma. Senhora**  
**Professora Doutora Ana Maria Escoval**  
Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E.  
Rua José António Serrano  
1150-199 Lisboa - Portugal

*CA*

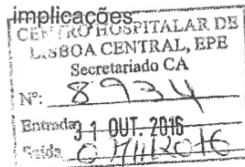
0-181  
2016-10-27

Lisboa, 24 de outubro de 2016

**Assunto:** Solicitação de colaboração a aluno do Curso de Mestrado em Gestão de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa para elaboração de Dissertação de Mestrado

O aluno Vítor Manuel Marques Serrano do XI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (2015-2017) da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, encontra-se a realizar o seu projeto de investigação que incidirá na temática: "*Balanced Scorecard* como metodologia de Gestão Estratégica" aplicada à vertente das instituições públicas, mais concretamente no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

A dissertação de mestrado subordinada ao tema "*Balanced Scorecard* como metodologia de Gestão Estratégica: aplicação ao serviço de Pedopsiquiatria do Hospital D.<sup>a</sup> Estefânia, E.P.E.", sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Maria Escoval, terá como objetivo primordial o desenvolvimento de um projeto de implementação de um sistema de gestão estratégico assente na filosofia do *Balanced Scorecard* para o serviço de Pedopsiquiatria do Hospital D.<sup>a</sup> Estefânia, E.P.E, ajustado às necessidades do serviço, ao atual estado da arte nesta temática, identificando as vantagens, desvantagens e implicações desta metodologia na estrutura e organização do serviço.



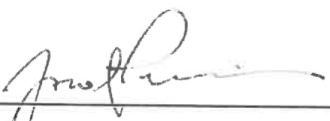
Na persecução deste projeto é fundamental a colaboração e envolvimento do Conselho de Administração do CHLC, E.P.E., bem como dos responsáveis pela gestão intermédia e equipa que compõe o serviço de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia, nomeadamente para a recolha de dados e aplicação de instrumentos de investigação (entrevista exploratória; questionários).

Os dados necessários para a prossecução deste projeto de investigação serão tratados unicamente pelo aluno em questão, respeitando todos os princípios e pressupostos éticos decorrentes de uma investigação desta natureza.

Deste modo, solicito a Vossa Excelência, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E., a autorização para a realização do projeto do aluno em causa.

Na expectativa do bom acolhimento deste pedido, apresento os meus melhores cumprimentos, *João Pereira*,


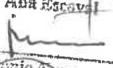
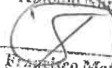
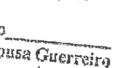

**O DIRETOR**

  
\_\_\_\_\_  
(João Pereira, Prof. Doutor)

Por questões institucionais, foi solicitada o apoio à ENSP para a formalização do pedido de colaboração com o CHLC.

Projeto de Dissertação aprovado e autorizado em sessão do Conselho de Administração do CHLC, com Despacho favorável em 3 de novembro de 2016.

O CA decide e  
autoriza o estudo  
De Augusto Pereira  
para o cumprimento do  
mesmo

PRESENTE À SESSÃO DO	
C.A. DE 03/11/2016	
A Presidente	 Ana Escaval
O Vogal	 António Gomes
O Vogal	 Francisco Matoso
O Diretor Clínico	 Sousa Guerreiro
A Enfª Diretora	 Armandina Antunes
ATA Nº 47, 2016	

## APÊNDICE B

### **Questionário de Seleção de Indicadores a incluir no Balanced Scorecard (BSC) para a especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**

#### **Enquadramento do Questionário de Seleção de Indicadores**

Meu nome é Vítor Manuel Marques Serrano e sou aluno do XI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Encontro-me a desenvolver a minha dissertação de mestrado versando a temática do “Balanced Scorecard” aplicado às instituições prestadoras de cuidados de saúde no setor público, na especialidade de Psiquiatria de Infância e da Adolescência.

A título de esclarecimento, o Balanced Scorecard é uma ferramenta de gestão estratégica que permite ver a organização/serviço como um todo e possibilita a agregação de várias perspetivas estratégicas para a organização, sendo elas, os utentes/clientes, os aspetos financeiros e orçamentais, os processos internos da organização e a possibilidade de aprendizagem e crescimento contínuo.

O Balanced Scorecard traduz a visão e a estratégia da organização, assegurando uma relação de causa-efeito entre indicadores de ação e de resultado das quatro perspetivas anteriormente referidas.

Um dos objetivos deste trabalho é definir um conjunto de indicadores para cada uma das perspetivas do BSC de modo a que os mesmos contribuíssem para um bom funcionamento de um serviço de saúde mental (área da infância e adolescência), permitindo assim uma melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde, aumentar a eficiência e qualidade dos serviços.

Dada a dificuldade em recolher indicadores para a área da saúde mental na literatura, nomeadamente, para uma área tão específica como é o caso da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, é imprescindível a colaboração e envolvimento de uma multiplicidade de profissionais que, pela sua experiência e conhecimentos na área, podem contribuir significativamente para o sucesso deste projeto de investigação.

A recolha de informação necessária para este estudo passa pela seleção de um conjunto de indicadores propostos para a área da saúde mental (Psiquiatria da Infância e da Adolescência). O preenchimento do questionário demorará entre 5 a 10 minutos e deverá ser entregue até ao dia 03 de Julho.

Através do recurso à aplicação de questionário, pretende-se com este exercício selecionar um conjunto de indicadores para a área da saúde mental (área da infância e adolescência).

Esta participação é voluntária e os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial estando garantido o anonimato dos participantes. Todos os dados recolhidos são confidenciais, apenas tendo acesso aos mesmo eu próprio e os orientadores do projeto, destinando-se os resultados a fins estritamente académicos.

A sua participação e colaboração é essencial para a qualidade desta investigação, pelo que, agradecemos desde já o tempo despendido.

Agradeço antecipadamente a atenção de V. Ex.<sup>a</sup>,

Cordiais saudações,

Equipa de Investigação:

Mestrando: Vítor Manuel Marques Serrano

Orientação Científica: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Maria Escoval da Silva

Dr. Augusto José Pereira Carreira.



## Identificação Biográfica

Dados sócio-demográficos do participante.

As primeiras questões do questionário têm como objetivo a caracterização dos participantes.

### \* 1. Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

### \* 2. Idade

☐ 18 - 29 anos

☐ 30 - 44 anos

☐ 45 - 59 anos

☐ Acima dos 60 anos

### \* 3. Habilitações Literárias

☐ Licenciatura

☐ Especialização/Pós-Graduação

☐ Mestrado

☐ Doutorado

☐ Outro (especifique)

**\* 4. Carreira profissional que exerce:**

- ☐ Médico especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência
- ☐ Médico especialista em Psiquiatria
- ☐ Enfermeiro/a
- ☐ Outro (especifique)
- ☐ Psicólogo/a
- ☐ Administrador Hospitalar

**\* 5. Cargo que desempenha**

- ☐ Diretor de Serviço/Departamento
- ☐ Professor Universitário
- ☐ Direção Clínica
- ☐ Enfermeiro/a - Chefe
- ☐ Outro Cargo
- ☐ Coordenação de Unidades/Serviços
- ☐ Administrador Hospitalar
- ☐ Profissional de Saúde

**\* 6. Zona Geográfica do Participante**

- ☐ Norte
- ☐ Centro
- ☐ Lisboa e Vale do Tejo
- ☐ Alentejo
- ☐ Algarve

## Dimensão 1 – A importância do Balanced Scorecard como Sistema de Gestão Estratégica

As questões que se seguem pedem-lhe a sua opinião relativamente ao instrumento de gestão estratégia - Balanced Scorecard.

Não há respostas certas ou erradas.

Todas as respostas que assinalar são igualmente corretas.

### 7. Já teve ou tem conhecimento deste instrumento de gestão estratégica?

☐ Sim

☐ Não

### \* 8. Numa escala de 1 a 7 (1 - Discordo Totalmente a 7 - Concordo Totalmente), por favor indique o seu grau de concordância com a seguinte afirmação:

	1 - Discordo Totalmente	2 - Discordo Parcialmente	3 - Discordo	4 - Não concordo, Nem Discordo	5 - Concordo Parcialmente	6 - Concordo	7 - Concordo Totalmente
Considera que o Balanced Scorecard pode ser um instrumento de gestão estratégica importante para um serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**\* 9. Numa escala de 1 a 7 (1 - Discordo Totalmente a 7 - Concordo Totalmente), qual o grau de concordância que atribui a cada uma das perspetivas do Balanced Scorecard?**

	1 - Discordo Totalmente	2 - Discordo Parcialmente	3 - Discordo	4 - Não concordo, Nem Discordo	5 - Concordo Parcialmente	6 - Concordo	7 - Concordo Totalmente
<b>Perspetiva de Inovação e Aprendizagem</b> (Procura o desenvolvimento do capital, humano, técnico e organizacional)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Perspetiva dos Processos Internos</b> (Procura identificar os processos internos do serviço, considerados essenciais para o cumprimento dos objetivos estratégicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Perspetiva do Utente</b> (Procura responder à problemática da satisfação do utente e do acesso aos cuidados de saúde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Perspetiva Financeira/Orçamental</b> (Procura responder à problemática efetividade da utilização dos recursos disponíveis e à sua utilização eficaz e eficiente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**\* 10. Numa escala de 1 a 7 (1 - Discordo Totalmente a 7 - Concordo Totalmente), por favor indique o seu grau de concordância com a seguinte afirmação:**

	1 - Discordo Totalmente	2 - Discordo Parcialmente	3 - Discordo	4 - Não concordo, Nem Discordo	5 - Concordo Parcialmente	6 - Concordo	7 - Concordo Totalmente
Os indicadores, como unidades de medição que permitem acompanhar e avaliar de forma periódica, as variáveis consideradas importantes numa organização, são essenciais para avaliar um serviço de saúde mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Dimensão 2 – Seleção de Indicadores de Desempenho para a Psiquiatria da Infância e da Adolescência

As questões que se seguem, pretendem indentificar os indicadores que considera mais relevantes para cada uma das perspetivas do BSC de modo a que os mesmos contribuíssem para um bom funcionamento de um serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Não há respostas certas ou erradas.

Todas as respostas que assinalar são igualmente corretas.

**\* 11. Para a perspetiva do Inovação e Aprendizagem, indique o grau de concordância de 1 a 7 (1 - Discordo Totalmente a 7 - Concordo Totalmente) para os indicadores apresentados.**

	1 - Discordo Totalmente	2 - Discordo Parcialmente	3 - Discordo	4 - Não concordo, Nem Discordo	5 - Concordo Parcialmente	6 - Concordo	7 - Concordo Totalmente
Atividades de formação por colaborador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Projetos de Investigação desenvolvidos pelo Serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Publicações e comunicações científicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Representações em Congressos/Seminários Nacionais e Internacionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número de Médicos a realizarem o internato médico da especialidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protocolos celebrados entre o Hospital e outras instituições (ensino, sociais, SNS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alunos a realizar estágio no serviço (não médicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rácio médico especialista por n.º de internos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Índice de satisfação do colaborador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observação: Caso considere que está em falta algum indicador que considere relevante nesta perspetiva, indique por favor.

**\* 12. Para a perspetiva dos Processos Internos, indique o grau de concordância de 1 a 7 (1- Discordo Totalmente a 7 - Concordo Totalmente) para os indicadores apresentados.**

	1 - Discordo Totalmente	2 - Discordo Parcialmente	3 - Discordo	4 - Não concordo, Nem Discordo	5 - Concordo Parcialmente	6 - Concordo	7 - Concordo Totalmente
Consultas desmarcadas pelo Serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taxa de Ocupação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demora Média de Internamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
% de utentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N.º de dias internamento após alta clínica (situação em que o utente tem alta clínica, mas não existe ou não tem unidade de acolhimento definida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
% de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taxa de readmissão da urgência dentro das 72 horas (urgência para urgência)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doentes saídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primeiras Consultas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultas Externas Subsequentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sessões em Hospital de Dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Episódios de Urgência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taxa de Abandono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internamento Compulsivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alta Contra parecer Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 - Discordo Totalmente	2 - Discordo Parcialmente	3 - Discordo	4 - Não concordo, Nem Discordo	5 - Concordo Parcialmente	6 - Concordo	7 - Concordo Totalmente
Suicídios durante o internamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ocorrência de tentativas de agressão, autoagressão e automutilação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
% de utentes com melhoria clínica por aplicação de instrumento de avaliação padronizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
% de utentes com melhoria no grau de funcionalidade por aplicação de instrumento de avaliação padronizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taxa de Mortalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observação: Caso considere que está em falta algum indicador que considere relevante nesta perspetiva, indique por favor.



**\* 13. Para a perspectiva do Utente, indique o grau de concordância de 1 a 7 ( 1- Discordo Totalmente a 7 - Concordo Totalmente) para os indicadores apresentados.**

	1 - Discordo Totalmente	2 - Discordo Parcialmente	3 - Discordo	4 - Não concordo, Nem Discordo	5 - Concordo Parcialmente	6 - Concordo	7 - Concordo Totalmente
Consultas desmarcadas a pedido do utente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faltas dos Utentes à consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
% primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
% consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera por uma vaga no internamento programado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo médio de espera para a 1.ª consulta de acordo com o CTH (Consulta a Tempo e Horas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reclamações recebidas por doente saído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestões recebidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfação com os serviços (Aplicação ao Internamento e Hospital de Dia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observação: Caso considere que está em falta algum indicador que considere relevante nesta perspetiva, indique por favor.

**\* 14. Para a perspectiva Financeira/Orçamental, indique o grau de concordância de 1 a 7 (1- Discordo Totalmente a 7 - Concordo Totalmente) para os indicadores apresentados.**

	1 - Discordo Totalmente	2 - Discordo Parcialmente	3 - Discordo	4 - Não concordo, Nem Discordo	5 - Concordo Parcialmente	6 - Concordo	7 - Concordo Totalmente
Custos com produtos farmacêuticos (medicamentos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Custos totais diretos do serviço (custos derivados da atividade do serviço e que são facilmente imputáveis ao Serviço)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Custos com o pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Custo unitário por doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Custos com material de consumo clínico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observação: Caso considere que está em falta algum indicador que considere relevante nesta perspectiva, indique por favor.

#### 15. Comentários gerais

Muito obrigado, pela sua participação e pelo tempo despendido com o preenchimento deste questionário.

**(Página intencionalmente deixada em branco)**